

ESTUDIO CORRELACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, AFRONTAMIENTO
FAMILIAR, COGNICIONES POST-TRAUMÁTICAS Y SALUD MENTAL EN JÓVENES
AFECTADOS POR EL VIH Y/O SIDA.

Presentado por

ERIKA PAOLA TOVAR VILLANUEVA

Dirigida por

MARIA AMARIS MACIAS

Trabajo de grado presentado como registro parcial

Para optar al título de Magíster en Desarrollo Social

MAESTRIA EN DESARROLLO SOCIAL

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DEL NORTE

BARRANQUILLA

2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios por las bendiciones que ha puesto en mi vida, por permitirme finalizar esta investigación. A mis padres quienes son mi motor, los que me han acompañado y apoyado en todo lo que he quiero emprender.

A mis familiares, amigos y compañeros quienes han estado ahí en los momentos en que los he necesitado y por ser pacientes; a los jóvenes que hicieron parte de esta investigación, pues gracias a ellos encontré respuestas. A la fundación FXB por permitirme llegar a estos jóvenes.

Por último a María Amaris, quien con su paciencia y cariño me dio ánimos para sacar adelante esta tesis.

Erika Paola Tovar Villanueva
Psicóloga, en Dslo Familiar

Barranquilla, Enero 13 de 2014

Maestría Desarrollo Social

Universidad del Norte

Ciudad

Por medio de la presente autorizó que la siguiente Tesis de Grado titulada “Estudio Correlacional Del Funcionamiento Familiar, Afrontamiento Familiar, Cogniciones Post-Traumáticas y Salud Mental En Jóvenes Afectados por el VIH y/o Sida” que lleva a cabo la estudiante Erika Paola Tovar Villanueva, sea evaluada por jueces expertos de la Universidad del Norte.

Cordialmente,

MARIA AMARIS MACIAS

Director de Tesis

TABLA DE CONTENIDO

ESTUDIO CORRELACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, AFRONTAMIENTO FAMILIAR, COGNICIONES POST-TRAUMÁTICAS Y SALUD MENTAL EN JÓVENES AFECTADOS POR EL VIH Y/O SIDA. 0

AGRADECIMIENTOS 1

TABLA DE CONTENIDO 3

RESUMEN 5

1. JUSTIFICACIÓN 6

2. MARCO TEORICO 10

2.1 Funcionamiento Familiar 10

2.2 Afrontamiento Familiar 18

2.3 El VIH Como Crisis No Normativa De La Familia 26

2.4 Impacto Que Tiene El VIH En La Salud Mental De Las Personas 30

2.5 Bienestar Psicológico 32

2.6 Bienestar Subjetivo 34

2.7 Bienestar Social 35

2.8 El VIH y el Sida como agentes de estrés Post Traumáticos 37

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 42

4. OBJETIVOS 45

4.1 Objetivo General 45

4.2 Objetivos Específicos 45

5. HIPOTESIS 46

5.1 Hipótesis De Trabajo 46

5.2 Hipótesis Específicas 46

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES 47

6.1 Definición Conceptual 47

6.2 Definición Operativa De La Variable 50

7. CONTROL DE LAS VARIABLES 54

7.1 Variables Controladas 54

7.2 Variables No Controladas 55

8. METODOLOGIA 56

8.1 Tipo De Investigación 56

8.2 Muestra 56

8.3 Técnicas E Instrumentos 58

8.4 Procedimiento 60

9 ANALISIS DE RESULTADOS 62

Tabla 8. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Afrontamiento Familiar y el Funcionamiento Familiar 63

10. CONCLUSIONES 78

11. BIBLIOGRAFIA 81

ANEXOS 86

CONSENTIMIENTO INFORMADO 87

CONSENTIMIENTO INFORMADO 88

PAQUETE DE PRUEBAS 89

HIPÓTESIS NULA 105

RESUMEN

La siguiente investigación tiene como objetivo correlacionar el Funcionamiento Familiar, Afrontamiento Familiar, Cogniciones post traumáticas y la Salud Mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida. Para lo anterior, se realizó un estudio cuantitativo de tipo correlacional, con una población de 92 jóvenes afectados por el virus de VIH, entre el rango de edad de 11 y 24 años que viven en la ciudad de Barranquilla, Colombia.

Los resultados arrojados por la investigación permiten establecer que jóvenes afectados por VIH experimentan una serie de cambios que afectan desde su cotidianidad hasta el papel que tienen dentro de su familia; ya que se enfrentan a una serie de situaciones estresantes tanto psicológica, económica y social, entre otras, generadas a partir del conocimiento del estado de salud del miembro de su familia diagnosticado por VIH.

Adicionalmente, los jóvenes demostraron tener herramientas que posibilitan entender y aceptar el diagnóstico de su familiar, las cuales les permiten salir adelante, logrando establecer fuertes relaciones tanto a nivel familiar como social. Para estos jóvenes el acompañamiento social es importante ya que buscan en ellos una fuente de atención y apoyo, sin dejar a un lado su espacio familiar, donde alcanzan a desarrollar un equilibrio a partir del evento traumático vivido.

1.JUSTIFICACIÓN

Desde hace mucho tiempo los jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH/SIDA y en algunos países deben asumir, además, el cuidado de sus padres o de otros parientes infectados. El estigma desencadenado por el VIH es particularmente dañino para los jóvenes, dado que están en la edad en que consolidan su identidad y establecen su lugar en el mundo. (Montoya, 2009)

Según el último reporte del Ministerio de la Protección Social (2012) La epidemia de VIH/Sida en Colombia afecta a la población sexualmente activa; de los casos notificados en 2011, el mayor número de casos se concentra en el grupo de 15 a 44 años de edad 5.175 (77,4%) casos. Por otra parte, es necesario resaltar que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con 1.425 (21,3%) de la participación total. Igualmente, del total de casos reportados 175 (2.6%) son menores de 18 años de los cuales 84 (1,2%) son menores de 15 años.

La epidemia de VIH/Sida, ha afectado a todos los niveles estructurales de las sociedades y ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. Trascender la mirada clínica de la enfermedad y reconocer los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos —que pueden estar configurando distintas formas de vulnerabilidad frente al VIH—, implica también asumir nuevos retos complejos para el abordaje en los distintos niveles de trabajo —tanto en prevención como en atención—. De esta forma, el enfoque de vulnerabilidad frente al VIH permite reconocer a las personas y ubicarlas en entornos con características particulares. Las amas de casa, jóvenes,

personas trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), población privada de la libertad y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), han sido reconocidas como las poblaciones más afectadas por la epidemia, hecho que tiene una intrínseca relación con diversos contextos de vulnerabilidad que los y las hace susceptibles a la infección por VIH (Guía de prevención del VIH/Sida, jóvenes en contexto de vulnerabilidad., 2011)

La situación del VIH ha generado un impacto social en todo el mundo, y Colombia no es la excepción; esto ha hecho la familia asuma frente a la persona que vive con VIH un papel importante a partir de las conductas asumidas por cada uno de ellos. Los expertos consultados por el Ministerio de Salud en 1.997, tienen la siguiente opinión: 88.3%, consideran que existe un trauma emocional moderado, 11% creen que es leve, mientras que para el 1%, es alto o ninguno. Esto plantea la necesidad de realizar un trabajo de atención médica y psicológica dentro del núcleo familiar del infectado por VIH o el SIDA, ya que resulta claro que se ve afectado en sus relaciones y posiblemente en su productividad a todo nivel. (ONUSIDA, 2011)

Muchas de las personas infectadas por VIH y que padecen de SIDA, a pesar de poder tener una vida independiente, regresan a su núcleo familiar, tras unos meses de su diagnóstico. El proceso de adaptación para el individuo y de aceptación por parte de la familia, implica un proceso psicológico de elaboración de duelo. (ONUSIDA, 2011)

Es considerada la familia como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un

todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno). (López Jiménez, Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Jaime, & Guines, 2011)

Esta (la familia), puede alterarse ante la crisis paranormativas como la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar. (Avila, 2006)

El SIDA por ser una enfermedad que afecta a los adultos jóvenes y a los niños, juega un papel importante generando modificaciones en las familias. La disolución de las parejas, la separación de esa persona de su ámbito familiar para insertarse en otros grupos y constituir así una nueva familia, la internación prolongada o la muerte de algunos adultos jóvenes cambia la estructura familiar. Esta Modificación de Vínculos familiares remite a la estructura y dinámica que dibujan el perfil y la identidad del grupo co-residente en torno a las necesidades y tareas de reproducción y sobrevivencia social. (SAZ, 2001)

Según Olson, la definición de cohesión es la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente. En cuanto a la adaptabilidad, se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones por situaciones propias de su desarrollo. (López Jiménez, Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Jaime, & Guines, 2011). Frente a los hijos se presentan múltiples circunstancias: por un lado, cuando uno de los padres es el infectado, la relación paterno-filial se afecta de una u otra forma; no resulta extraño que la figura parental infectada necesite mantener el secreto de su condición frente a sus hijos; sin embargo, la situación de crisis es inocultable, lo que repercute de manera negativa en el núcleo familiar, ya que los hijos perciben que algo serio está ocurriendo, pero se les niega el conocimiento de la verdad. (ONUSIDA, 2011)

El presente estudio se propone correlacionar funcionamiento familiar, afrontamiento familiar, las cogniciones post-traumática y la salud mental en jóvenes afectados por VIH/ Sida. Esto permitirá conocer la manera en como los jóvenes asimilan y afrontan ya sea a nivel personal y familiar una enfermedad como el VIH. Espero que este estudio contribuya a despertar la curiosidad de quienes le interese trabajar con personas que conviven con VIH y/o Sida y sus Familias.

2.MARCO TEORICO

2.1 Funcionamiento Familiar

De acuerdo con la teoría general sistémica, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por unas fronteras y estructuras compuestas por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. (Botella & Vilaregut)

Es decir, que la teoría sistémica presenta a la familia como un sistema que exhibe una organización jerárquica, en la cual, cada uno de sus miembros cumple una función dentro de esta misma y en la que existe una relación entre cada uno de sus miembros.

Siendo la familia un sistema, conformado por un grupo de personas interrelacionadas, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y al grupo familiar en una cadena circular de influencia, por lo cual se asume que el origen de la causa o causas de las dificultades familiares puede llevar a diferentes resultados y el mismo resultado puede surgir de distintos orígenes. (Vélez Llano, 2007).

Al considerar a la familia como un sistema, hemos de considerarla como un conjunto con una identidad propia y diferenciada del entorno, con su propia dinámica interna que autorregula su continuo proceso de cambio. La familia, parece inmersa en la cultura, razón por la cual, la sintonía o divergencia de los valores familiares respecto a la cultura circundante es otro factor de apoyo o de riesgo familiar. Pero dado que el entorno es cambiante, vemos cómo los cambios

sociales del entorno demandan que la familia cambie y que encuentre nuevas repuestas a los problemas planteados. (Espinal, Gimeno, & González, 2004)

Por tanto, la familia se enfrenta a situaciones de tensión o conflicto que llevan a que está sufra cambios o transformaciones como consecuencias de rupturas o etapas, que implican adaptarse a algo nuevo o quizás, reajustar algo ya existente. Este tipo de situaciones ya sea en el individuo o la familia, se reconocen como crisis, normativas o no normativas.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis. En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva. (González Benítez, 2000)

El ciclo de vida es el principal contexto y determinante del desarrollo de los miembros individuales de la familia; por lo tanto, si se identifican sus fases, se podrán conocer las tareas que desempeñan sus miembros a medida que avanza su curso, pues se concibe a la familia como un sistema en movimiento a través de tiempo. (Hernandez Cordoba, 1992).

Citado por Hernandez Cordoba (1992), Olson estableció los siguientes siete estadios que coinciden con los propuestos por otros autores (Haley, 1973; Duvall, 1977)

1. Parejas jóvenes sin hijos: sus intereses fundamentales son formular y negociar las metas como individuos y como pareja, e integrar los propios estilos de vida dentro de

una relación de complementariedad y mutuo apoyo, la cual implica una triunfal separación de la propia familia de origen.

2. Familias con hijos en edad preescolar (hijo mayor 0 -5 años): se caracterizan porque los hijos pasan la mayor parte de su tiempo en casa y las tareas se orientan hacia la crianza y la protección. Los padres son las fuentes principales de información y control, de modo que la familia está centrada en los niños.

3. Familias con hijos en edad escolar (hijo mayor de 6 – 12 años): Durante esta etapa la familia está centrada en la educación y socialización de los hijos.

4. Familias con adolescentes (hijo mayor 13 – 18 años): es una etapa de preparación para la salida del hogar y por tanto se generan en esa época importantes cuestionamientos sobre el estilo de vida familiar, cuestionamientos que llevan a ventilar las diferencias sobre las expectativas y las visiones del mundo entre el adolescente y sus padres.

5. Familias en disolución (Hijo mayor de más de 19 años): Durante esta etapa los hijos afianzan su propia identidad y se establecen fuera de la familia, conduciendo a un cambio radical en los papeles y reglas familiares.

6. Familias –nido vacío- (todos los hijos se han ido del hogar): los padres están de nuevo solos y la familia se orienta hacia la satisfacción de las necesidades de la pareja, y la redefinición de las relaciones con hijos y nietos.

7. Familias de jubilados (esposos mayores de 65 años): en esta etapa la familia ha terminado con su función de crianza y control de los hijos. Los miembros de la pareja han completado también su ciclo laboral, de modo que centran sus intereses en la

satisfacción de sus necesidades como pareja y las relaciones con la familia extensa y los amigos.

Los anteriores estadios son conocidos como crisis normativas, es decir aquellos cambios evolutivos a nivel psicológico, biológico y social que experimenta el individuo dentro de la interacción en su contexto familiar. Estos estadios representan el crecimiento y desarrollo de las familias. Aparte, de las crisis normativas se habla también de las crisis no normativas, las cuales corresponden a eventos inesperados que interfieren en la normalidad del sistema familiar.

Vélez Llano (2007), las transformaciones generalmente se evocan por dos tipos de eventos: los normativos y los no normativos. Los normativos, ocurren en la mayoría de familias, como son el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la entrada de este hijo a la escuela, la adolescencia, la edad adulta, el nacimiento del primer nieto, la jubilación, la vejez y la muerte. Los eventos no normativos, están mediados por conflictos, enfermedad, separación conyugal, cambios económicos, catástrofes naturales. Estos eventos se asocian con cambios en la funcionalidad familiar, si se tiene en cuenta que el desarrollo de cada miembro de la familia se moldea y a la vez es moldeado por las particularidades de los demás y que la historia generacional se construye por la influencia de las experiencias evolutivas de cada generación con los ancestros mediatos y lejanos.

La funcionalidad familiar, se obtiene cuando los objetivos familiares (seguridad económica, afectiva y social) se alcanzan plenamente, generando una estabilidad dentro de las relaciones familiares.

Family cohesion, flexibility and communication are the three dimensions in the Circumplex Model. These three dimensions emerged from a conceptual clustering of over 50 concepts developed to describe marital and family dynamics. Although some of

these concepts have been used for decades (power and roles, for instance), many of the concepts have been developed by family therapists observing problem families from a general systems perspective. (Olson, 1999)

Las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación, configuran el Modelo Circumplejo, como aspecto de la conducta marital y familiar subyacentes a múltiples conceptos utilizados dentro del campo de estudios de la familia y a las cuales llevaron sus autores a partir de un método inductivo, basado en análisis factorial, permitiendo identificar dieciséis tipos de sistemas maritales y familiares. (Hernández Córdoba, 1992)

Family cohesion is defined as the emotional bonding that family members have toward one another. Within the Circumplex Model, some of the specific concepts or variables that can be used to diagnose and measure the family cohesion dimensions are: emotional bonding, boundaries, coalitions, time, space, friends, decision-making and interests and recreation. The focus of cohesion is how systems balance their separateness versus togetherness.

There are four levels of cohesion ranging from disengaged (very low) to separated (low to moderate) to connected (moderate to high) to enmeshed (very high) (See Figure 1). It is hypothesized that the central or Balanced levels of cohesion (separated and connected) make for optimal family functioning. The extremes or Unbalanced levels (disengaged or enmeshed) are generally seen as problematic for relationships over the long term. (Olson, 1999)

La cohesión familiar se define en el Modelo Circumplejo como <el vincula emocional que los miembros de la familia tienen entre si>. Los tópicos específicos para medir y diagnosticar esta dimensión son: Vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de

decisiones, intereses y recreación. Hay cuatro niveles de cohesión que oscilan entre desligada (muy baja), separada (baja moderada), conectada (moderada a alta) y amalgamada (muy alta). (Hernández Córdoba, 1992)

Teniendo en cuenta los niveles de cohesión expuestos por Olson en el modelo circunplejo, encontramos los siguientes tipos de familias: Las familias desligadas, se caracteriza por estar en el extremo bajo de la cohesión, los integrantes de la familia se vuelven autónomos, individualistas, presentan poca unión familiar, límites generacionales rígidos, colaciones débiles, separados física y emocionalmente. Las actividades son más bien individuales más no familiares. Segundo, las familias separadas que se caracterizan por que su cohesión es moderadamente baja, existe una independencia clara de los miembros de su familia, presenta límites claros al igual que la coalición familiar, presenta un equilibrio entre estar solo y en familia, toma decisiones individualmente. Tercero, las familias conectadas, son aquellas que toman las decisiones a nivel grupal, existe una dependencia en la familia, aunque se conservan espacios, tiempos y amigos las actividades siempre se integra a nivel familiar; estas presentan una cohesión moderadamente alta. Por último están las familias amalgamadas, se encuentran en el extremo de alta cohesión, son aquellas que presentan una sobre identificación familiar, con límites difusos, las decisiones son tomadas en familias y se impide el desarrollo individual.

Family flexibility is the amount of change in its leadership, role relationships and relationship rules. The specific concepts include: leadership (control, discipline), negotiation styles, role relationships and relationship rules. The focus of flexibility is on how systems balance stability versus change.

The four levels of flexibility range from rigid (very low) to structured (low to moderate) to flexible (moderate to high) to chaotic (very high) (See Figure 1). As with cohesion, it

is hypothesized that central or balanced levels of flexibility (structured and flexible) are more conducive to good marital and family functioning, with the extremes (rigid and chaotic) being the most problematic for families as they move through the their life cycle. (Olson, 1999)

La adaptabilidad familiar se define como <la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones entre papeles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y al propio del desarrollo>. Para describir, medir y diagnosticar a las parejas y familias sobre esta dimensión se han tomado una serie de conceptos provenientes de diversas ciencias sociales, con especial énfasis en los aportados por la sociología familiar. Dichos conceptos son: poder (asertividad, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones entre los papeles y reglas de las relaciones.

Los cuatro niveles de adaptación oscilan entre los rangos de rígida (muy baja), estructurada (baja moderada), reflexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). (Hernández Córdoba, 1992)

Los niveles de adaptabilidad rígidos, se caracterizan por ser agresivos, autoritarios, autócratas, con poca capacidad para negociar entre los miembros, con roles estereotipados y rígidos, con una comunicación negativa y con normas claras y precisas. El tipo estructurado, se presenta con control democrático, reglas estructuradas para cada uno de los miembros, control a nivel democrático, poca variación de reglas, comunicación negativa. El tipo flexible; liderazgo asertivo, mayor participación de los miembros, se pueden presentar cambios dentro de las reglas, la comunicación se muestra mas positiva que negativa. Y por último, tipo Caos; se caracteriza por que no existen limites o control, no se presentan negociaciones ni cambios de roles y reglas, la comunicación es adecuada, se presenta un liderazgo agresivo.

Communication is the third dimension in the Circumplex Model and is considered a facilitating dimension. Communication is considered critical for facilitating movement on the other two dimensions. Because it is a facilitating dimension, communication is not graphically included in the model along with cohesion and flexibility.

Couple and family Communication is measured by focusing on the family as a group with regard to their listening skills, speaking skills, self-disclosure, clarity, continuity tracking, and respect and regard. In terms of listening skills, the focus is on empathy and attentive listening. Speaking skills include speaking for oneself and not speaking for others. Selfdisclosure relates to sharing feelings about self and the relationship. Tracking is staying on topic, and respect and regard relate to the affective aspects of the communication and problem solving skills in couples and families and have found that Balanced systems tend to have very good communication, whereas Unbalanced systems tend to have poor communication. (Olson, 1999)

La comunicación familiar se concibe como una dimensión facilitadora como un elemento critico para la movilidad de las otras dimensiones; siendo un vincula para la cohesión y la adaptabilidad, no se incluye gráficamente en el modelo.

Las habilidades de comunicación positiva, tales como la empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo, permiten a las parejas y familias compartir entre si sus necesidades y referencias cambiantes con respecto a la cohesión y a la adaptabilidad. Las pautas negativas tales como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por tanto la movilidad de la pareja o familia en las otras dos dimensiones. (Hernández Córdoba, 1992)

Tabla 1. Modelo Circumplejo

COHESIÓN \ FLEXIBILIDAD		Bajo	Moderado		Alto
		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

El modelo circumplejo plantea la hipótesis de que los niveles centrales de cohesión separada y conectada, son facilitadores del funcionamiento familiar, mientras los extremos, desligada y amalgamada, son vistos como problemáticos. Así mismo postula el concepto de balance, entendiendo como que el equilibrio en cada dimensión está relacionado con el funcionamiento familiar más adecuado. Las familias balanceadas tienen un repertorio más amplio de conductas y mayor capacidad de cambio que las familias extremas. (Hernandez Cordoba, 1992)

El Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar fue desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkleg en 1979 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre investigación, teoría y práctica.

2.2 Afrontamiento Familiar

Luego de la segunda guerra mundial Lazarus comienza a observar que inmediatamente después de los combates, la vida de algunas personas cambia y como consecuencia genera algunas disfunciones que se daban a causa del stress.

After world war II it became evident that many conditions of ordinary life for example, marriage, growing up, facing school exams, and being ill - could produce effects comparable to those of combat. This led to a growing interest in stress as a cause of human distress and dysfunction. The dominant model - parallel with Hooke's analysis - was basically that of input (load or demand on systems) and output (strain, deformation, breakdown). The main epistemology of the American academic psychology of those days, namely, behaviorism and positivism, made this type of model appear scientific and straightforward, though it turned out to be insufficient. (Lazarus, 1993).

Dentro de la teoría enunciada por Lazarus explica que el estrés se debe entender como un concepto organizador donde intervienen un sin número de fenómenos de importancia adaptativa para el ser humano, en el cual se enlazan varias variables o procesos, los cuales se relacionan con un conjunto de criterios con un aprendizaje luego de una tarea.

Lazarus 1966 suggested that stress be treated as an organizing concept for understanding a wide range of phenomena of great importance in human and animal adaptation. stress, then, is not a variable but a rubric consisting of many variables and processes. We still believe that this is the most useful approach to take. It is incumbent upon those who use this approach, however, to adopt a systematic theoretical framework for examining the concept at multiple levels of analysis and to specify antecedents, processes, and outcomes

that are relevant to stress phenomena and the overarching concept of stress. (Lazarus & Folkman, 1984)

Diferentes autores que han investigado sobre el stress y la familia, consideran que cuando estas experimentan situaciones de stress, desarrollan mecanismos de respuestas ante el medio.

Hay experiencias que pueden permanecer dormidas durante años, pero que se activan ante grandes o pequeños indicios, voluntaria o involuntariamente, y a las que se puede recurrir, cuando la familia se ve en situaciones similares, o ante emociones similares. Permanecen vivas aunque latentes sobre todo las experiencias cargadas de emociones negativas, como pueden ser las discusiones entre padres, las rivalidades entre hermanos y las peleas con el vecino, los desengaños amorosos, los castigos, los lamentos o la soledad no elegida. (Gimeno, 1999).

El manejo de esta situación no solo dependerá de los recursos psicológicos que estos tengan, sino también de los valores, normas, grado de aceptación personal y social, y de la capacidad de afrontamiento frente a otras circunstancias, lo cual funciona como recurso para hacer frente a esta nueva situación. (Jimenez Arrieta, Amaris Macias , & Valle Amaris, 2012)

Cuando se conoce a las familias se trata, el análisis a cada una de ellas requiere indagar un poco los sucesos que las han tocado, así como identificar el tiempo en el que se desarrollan, analizar el ciclo de las sus familias extensas para saber si existen experiencias similares entre cada una de ellas. Si bien consideramos que la realización familiar se logra en cada momento actual, el pasado y el futuro se muestra siempre en el presente configurando cada <aquí y ahora>. (Gimeno, 1999).

Cada experiencia hace parte de la construcción de la identidad de la familia, lo que visualiza las diferencias entre cada una de ellas, y conllevando al sentido de pertenencia, esto proporciona que las familias adquieran tradiciones como reunirse los domingos, irse de vacaciones donde los abuelos, asistir a la fiestas familiares, entre otras.

El termino afrontamiento ha sido materia de investigación desde hace muchos años, en un principio estudiado por modelos a partir de la medicina, luego desde perspectiva a partir de los psicoanalistas del yo y así diferentes modelos hasta la fecha que intentan dar respuestas a este proceso que desarrollan los sujetos frente a situaciones que le son desbordantes y por las cuales deben de dar una respuesta adaptativa en ese contexto para poder ser funcional dentro de su propio entorno. (Amarís & Zambrano)

Investigadores han sugerido que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida, debido a que un estilo de afrontamiento que funciona bien para una situación puede no ser efectivo en otra. Sobresale en estas definiciones que, el afrontamiento no es estático, sino que cambia en calidad e intensidad en función de la nueva información y de la respuesta a los resultados previos cuyas implicaciones son evaluadas. Algunas valoraciones son aceptadas y otras rechazadas a partir del flujo de información y de la presencia de disposiciones psicológicas que influyen en las transacciones del individuo con el ambiente (Ramírez González, 2006)

El afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. Es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para

contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés (Fernández Martínez, 2009)

Por tanto, el afrontamiento se limita a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización, quedando excluidos las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo. Por otro lado, con esta definición queda resuelto el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido, ya que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga. Por último, se evita equiparar el afrontamiento al dominio, con la palabra manejar. Entendiendo manejar como minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno. (Ramírez González, 2006)

Los sucesos pueden ser externos, sociales, económicos, políticos, que impactan en la construcción de la vida familiar, cambian su historia aunque está no solo involucre a la familia únicamente.

El análisis del ciclo de la vida de la familia extensa a nivel trasgeneracional e incluyendo familiares de segundo grado, nos permite encontrar sucesos que se repiten a lo largo de la historia. La repeticiones pueden aparecer en sentido vertical, es decir en generaciones anteriores, hermanos o primos que han vivido experiencias similares. Más que el azar, lo que realmente es la causa directa que propicia tales experiencias es el legado familiar. (Gimeno, 1999)

Cada familia vive un presente desde lo que construyo en un pasado, es decir, que cada experiencia que está vivido, está vinculado con una historia pasada. Sucede también que si el pasado no se trasmite de modo consciente, son muchas las pautas de comportamientos, valores, conflictos y estrategias de afrontamiento que se mantienen como herencia implícita de un pasado más o menos lejanos, sin que la familia actual haya decidido asumirlos de manera consciente y voluntaria, pero que condicionan en gran manera sus pautas de comportamiento. (Gimeno, 1999).

Otra situación que marca a las familias, son aquellos sucesos que los afecta, generando sus propias experiencias. Cada suceso varia uno con otro, ya que pueden representar dolor o puede generar gratificación, los que se recuerdan, se olvidan o se reviven.

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en internas y externas; las internas son aquellas que la persona utiliza dentro de su propia familia para resolver una situación.

Reestructuración: Es la habilidad para redefinir las experiencias estresantes de manera que sean más aceptables y manejables.

Evaluación pasiva: Se refiere a los comportamientos menos activos que podría desplegar una familia ante el estrés. Para adoptar una actitud más pasiva se minimiza la responsabilidad y la iniciativa para afrontar las dificultades. Se trata de la intención de evitar los problemas y de la manifestación de una actitud pesimista.

Las estrategias externas se refieren a las conductas de los miembros dirigidas a conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia:

Obtención de apoyo social: Hace referencia a la habilidad para usar los recursos familiares, amigos y vecinos.

Búsqueda de apoyo espiritual: Es la habilidad familiar para acercarse a soportes espirituales o religiosos.

Mobilización familiar para obtener y aceptar apoyo: Es la habilidad para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda profesional y/o de servicios sociales (Jimenez Arrieta, Amaris Macias , & Valle Amaris, 2012)

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento antes mencionas y enlazándolo con los diferentes cambios presentes hoy en día por parte de algunas familias, podríamos afirmar lo enunciado por Sánchez, M. Guardati, V & Saz, M (2001): la familia no es una institución en vías de extinción, sino que se ha producido en ella un formidable estallido que la ha convertido en un hecho plural y multiforme. Este proceso de transformación no implica necesariamente su desaparición sino su modificación.

Y continúan: las modificaciones producidas al modelo nuclear tradicional por efecto de la desocupación, precariedad laboral, enfermedades produce que la familia tal como existe en el imaginario colectivo no desaparece, no es remplazada por otro modelo, sino que modifica su estructura y su dinámica.

De lo anterior se podría decir que independientemente de la situación enfrentada por la familia, está cuenta con las herramientas necesarias para modificar su estructura y asumir nuevas demandas.

Los estudios relacionados con el afrontamiento en sus diferentes ámbitos esta dado por que tienen tras de sí un amplia y bien fundamentada argumentación teórica, en la que el afrontamiento es visto desde el contexto salud-enfermedad y dentro del marco laboral y familiar, es así como, si bien es cierto el paciente es el centro de al atención hospitalaria y lo que piensa, siente o hace ante su enfermedad es objeto de estudio y encausado hacia el restablecimiento de su salud; también lo es que dicho individuo es un ser humano que normalmente no está solo para superar ese trance, si no que está rodeado de familiares, compañeros y conocidos, quienes de una u otra forma se ven afectados con la situación que vive. (Agudelo C, Bustos R, Rodriguez F, & Santa , 2010)

Investigaciones recientes se han preocupado por entender que pasa dentro de las familias que tienen pacientes con enfermedades degenerativas o crónicas; estas mismas investigaciones se han encargado de buscar la manera como de una u otra forma estas familias afrontan las demandas expuestas por este tipo de situaciones, que en muchos casos los lleva a asumir una restructuración completa. En el comienzo de una enfermedad crónica en un miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de problemáticas de todo el núcleo familiar, que deberá recurrir a anteriores experiencias o a la invención de nuevas maneras para enfrentar la adversidad. (Neira Londoño, 2008)

En el caso de las familias con pacientes con enfermedades crónicas, experimentan un tipo de afrontamiento conductual activo, aquí los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla y lo hacen hablado con un profesional y crean planes de acción. (De la Huerta, Corona, & Méndez, 2006)

La mayoría de los familiares cuidadores, según el ciclo evolutivo, se encontraba en la etapa en que se busca la productividad y/o la estabilidad familiar; sin embargo, al asumir el rol de cuidador, el cual les ocupa gran cantidad de tiempo y de energía, muchas veces les impide el desarrollo de otras actividades que estimulen su propio desarrollo. También se observó que la estabilidad familiar se puede ver afectada por la presencia de un miembro de la familia con SIDA, que además de ser una enfermedad física y social, los enfrenta a una muerte latente, factores que también contribuyen a la carga del cuidador. (Gazanave, Ferrer, Castro, & Cuevas, 2005)

Durante el transcurso de la vida, la familia vivencia eventos conocidos como crisis, los cuales se clasifican como normativas y no normativas,; estos eventos desarrollan situaciones que hacen que cada uno de los miembros asuma una posición frente a ellas, lo cual conlleva a entender y enfrentar los cambios generados por estas. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. (Louro Bernal, 2003).

2.3 El VIH Como Crisis No Normativa De La Familia

Actualmente la vida en familia está matizada por los cambios estructurales, evolutivos y dinámicos de los que ha sido objeto a raíz de las transformaciones económico-sociales que se han operado en la sociedad. Dichos cambios han tenido fuertes impactos en la familia como sistema y grupo y de hecho esto va en las relaciones que se establecen entre sus miembros y con el entorno, que pueden o no, ir en detrimento del desarrollo familiar. (Vazquez Mojena, 2010)

La dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que le asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas. (González Benítez, 2000)

Las crisis no transitorias, como su nombre lo indica son aquellas que a pesar de generar un cambio en la familia ocurren como consecuencias de situaciones transitorias, como lo puede ser el nacimiento de los hijos, matrimonio, jubilación, entre otros. Mientras que las crisis paranormales, son aquellas que están relacionadas con hechos situacionales o accidentes, como lo son divorcios, abandonos, muertes u enfermedades graves.

Existen crisis que aparecen de manera inesperada para la familia que producen un desequilibrio mayor y necesitan mucho más esfuerzo emocional y de comunicación para resolverlas. Son las llamadas paranormativas o no transitorias, pues se refieren a hechos o situaciones inesperadas: nadie espera que su casa se queme o que un hijo inicie el uso de alcohol o sustancias psicoactivas, o se embarace la hija adolescente, una enfermedad grave o crónica en un miembro de la familia, o un hijo con alteraciones físicas. Como ya se dijo, ocurren súbitamente y requieren mayores esfuerzos para resolverse. (Marulanda, 2011)

Las enfermedades crónicas han alcanzado proporciones epidémicas con múltiples consecuencias para la salud y la vida de las personas, como son: discapacidad y años de vida productiva perdidos y pérdidas de vidas humanas, muchas se inician en edades tempranas. El costo social es incalculable y presentan una problemática ética hasta ahora no abordada. Provocan un gran consumo de los presupuestos nacionales, al aumentar la demanda de servicios de cuidado en los sistemas de salud; muchas veces superan su capacidad de respuestas. (Monsalvo Prieto & Flórez Torres, 2008)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. El VIH es uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo, ya que ha dejado más de 25 millones de muertos en los últimos 30 años, mientras que millones adquieren diariamente la infección en todo el mundo, sin importar la raza, religión, cultura, orientación sexual, género, ni estrato, en el 2011.

Tabla 2. Informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en Colombia.

Estimaciones sobre el VIH y el SIDA 2011

Número de personas que viven con VIH	150,000 [90,000 - 240,000]
Prevalencia en adultos de entre 15 y 49 años	0.50% [0.30% - 0.80%]
Personas adultas de al menos 15 años que viven con el VIH	150,000 [89,000 - 230,000]
Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH	29,000 [19,000 - 43,000]
Niños de 0 a 14 años de edad que viven con el VIH	N/A
Fallecimientos por el sida	9,700 [5,600 - 15,000]
Huérfanos por el sida de 0 a 17 años de edad	75,000 [46,000 - 110,000]

De acuerdo con el informe epidemiológico del Ministerio de la Protección Social (MPS), EL Instituto Nacional de Salud (INS) y el Observatorio de VIH y Sida, en el periodo de 1983 a 2011, se han notificado 83.467 casos de VIH, casos de sida y muertes relacionados con estos. En este mismo informe, se indica que el VIH está más concentrado en los denominados grupos de riesgo: hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH), consumidores de drogas inyectables y trabajadoras/es del sexo comercial. (Hoyos Hernandez & Torres Bolivar, 2012).

Cuando una persona es diagnosticada con el virus del VIH, puede experimentar diferentes sentimientos y actuar de diferentes maneras, entre ellos el miedo, la culpa o la búsqueda de un culpable, el desasosiego, ira, impotencia, que algunas veces puede llevar a perder el control. Otra de las situaciones a la que se enfrentan, es la necesidad de buscar ayuda en su familia, pareja, amigos o en el personal médico. La familia adquiere un papel importante dentro de la asimilación y aceptación del diagnóstico, puesto que, pueden reaccionar de dos maneras diferentes; la primera es la no aceptación, el apoyo, la comprensión. Ellos, al igual que nosotros, deben aprender a lidiar y a convivir con el VIH.

Debemos tener en cuenta que cuando un familiar vive con el VIH, toda la familia está implicada, y tendán que enfrentarse juntos a situaciones medicas, sociales y culturales asociadas con la infección (Garcia Gonzalo, 2011).

Convivir con personas portadoras del virus del VIH requiere de información para ayudar al afectado y asumir adecuadamente el rol de familiar, amigo, compañero de trabajo o estudio, e incluso el de pareja. (Soler Cedré, 2005)

Cuando es un niño el que se encuentra en esta situación y en muchos casos huérfano, inicia el proceso de aceptación del niño dentro de la familia, muchas veces al morir los padres, el niño pasa a ser cuidado por la abuela en su mayoría materna o por un círculo familiar cercano.

La familia extensa trata de convertirse en un apoyo. Sin embargo las familias, teniendo poco que ofrecer y por temor a infectarse, en muchas ocasiones entregan a las instituciones a los niños y se quedan con los sanos que quedan de una familia donde los padres han muerto. (Torres Barrios, 2012)

El apoyo de la familia influye de manera determinante en la adherencia al tratamiento. Poder tomar la medicación libremente, sin esconderla, asociándolo a actos cotidianos de nuestra vida (desayuno, lavado de dientes...), y además poder contar en un momento de olvido con alguien de tu familia que te lo recuerde, si es necesario. (García 2011).

2.4 Impacto Que Tiene El VIH En La Salud Mental De Las Personas

Factores sociales, económicos, culturales, laborales, entre otros, intervienen en la salud física y psicológica de las personas que viven con VIH, afectando su calidad de vida, su autoestima, sus relaciones sociales llevándolas a un enfrentamiento a nivel individual y social.

En sociedades pluriculturales y multiétnicas como la nuestra, se presentan diferentes maneras de entender la salud y la enfermedad y por tanto, diversas formas de intervenir y transformar la realidad. (Agudelo Suárez, 2006)

La definición de salud propuesta por la OMS señala que ésta no consiste sólo en la ausencia de enfermedad, sino también en la presencia de un estado de completo bienestar físico, mental y social. (Díaz, Blanco , Horcajo, & Valle, 2007)

Por tanto, la salud es entonces un concepto positivo que se define como bienestar físico, psíquico, social y cultural. Esta dimensión de bienestar no sólo puede ser entendida como una medida objetiva, de calidad de vida, sino como una percepción subjetiva de cada individuo y de la población. (Agudelo Suárez, 2006)

“El bienestar es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Es de todos conocidos que cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y esta implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio. Está demostrada la asociación entre algunos estados emocionales y las respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro. Todo esto explica por sí solo la relación del bienestar con los niveles de salud”. (García & Gonzáles, 2000 citado por (Abello, y otros, 2008)

Corey Keyes ha definido el concepto de estado positivo, como el conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo o operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento) (Díaz, Blanco , Horcajo, & Valle, 2007). Teniendo en cuenta esta definición, y las investigaciones que a lo largo de muchos años Keyes ha realizado, se presenta el Modelo del Estado Completo de Salud, que permite entender el bienestar desde dos factores diferentes: el bienestar hedónico (hedonía) y el bienestar eudaimónico (funcionamiento positivo).

Para Keyes, el bienestar hedónico o bienestar subjetivo como también lo reconoce el autor, se relaciona con el placer y la felicidad, mientras que el bienestar eudaimónico o bienestar psicológico está ligado al desarrollo del potencial humano. El bienestar subjetivo incluye los juicios de satisfacción de la vida, las respuestas a las emociones (afecto positivo o negativo), mientras que el bienestar psicológico se centra en el desarrollo de las capacidades, la consecuencia de las metas, al autorealización. Alternamente Keyes implementa un nuevo bienestar, el social, el encargado de valorar lo que se hace dentro de la sociedad. Es así, como el autor nos va a entender que no solo se debe tener en cuenta las vivencias, afectos, autorealización sino que también se debe contemplar el vínculo social, no solo con su familia sino con su entorno.

En el caso de las personas que viven con VIH, la aceptación tanto de su diagnóstico como la aceptación de la familia cumple un papel fundamental dentro de su estado de salud, ya que en muchos casos el rechazo de estos lleva depresiones profundas, mala adherencia al tratamiento e incluso la muerte.

2.5 Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. (Castro Solano, 2009).

El bienestar psicológico, indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas. El componente cognitivo, a los efectos de la investigación científica,

parece más relevante, dado que su principal característica es ser estable, se mantiene con el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. (Manrique, Martinez, & Turizo, 2008).

Según lo que plantea Riff (citado de Amaris & Turizo, 2009, p. 456) el bienestar psicológico se entiende como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del potencial.

De acuerdo con el modelo que presenta Riff, el bienestar psicológico se compone de 6 dimensiones:

✓ Auto-aceptación: capacidad de sentirse bien consigo misma, hasta el punto de aceptar sus limitaciones. En oposición, aquellas personas que se sienten insatisfechas consigo mismas y expresan continuamente el deseo de ser diferente a lo que realmente es.

✓ Relaciones Positivas: capacidad de constituir una relación basada en la confianza y la aceptación de la otra persona. En oposición a esto, son aquellas personas que tiene pocas relaciones cercanas y presentan dificultad crear empatía con los demás.

✓ Autonomía: Capacidad de crear entornos favorables para satisfacer deseos y/o necesidades, se muestran independientes capaces de evaluarse a si mismas. En oposición a estas, son aquellas que buscan en las demás aceptación a la hora de tomar una decisión.

✓ Dominio del entorno propósito en la vida: capacidad de manejar su entorno según necesidad. Las personas opuestas a esto, son aquellas que no poseen control sobre su mundo externo.

✓ Crecimiento personal: Desarrollo de las capacidades y conocimiento de potenciales. Las personas opuestas, son aquellas que no son capaces de crecer, no tienen sentido de mejora.

✓ Propósito de vida: capacidad de proponerse y cumplir metas, personas que poseen objetivos claros, que encuentran sentido a la vida. Las personas opuestas son aquellas que no poseen dirección clara para la consecución de sus metas, no le encuentran sentido a la vida.

2.6 Bienestar Subjetivo

Diener 2000 (citado por Abello & otros 2008) manifiesta que El bienestar subjetivo es aquella categoría que utiliza una persona para juzgar de un modo general o global su vida, es decir, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva.

El bienestar subjetivo, como se menciona anteriormente está vinculado a la tradición hedónica, la cual, está relacionada con el placer y la felicidad. La tradición hedónica concibe el bienestar subjetivo como una amplia categoría de fenómenos que incluyen las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción de la vida. (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999 citado por (Díaz , Blanco, & Durán, 2011).

El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos- valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida) (Cuadra L & Florenzano U, 2003)

Las dimensiones que plantea Diener para este bienestar son:

- ✓ Satisfacción con la vida: Capacidad del individuo de valorar su vida en términos positivos.
- ✓ Afecto Positivo: Capacidad que tiene el sujeto de experimentar estados de ánimos óptimos.

✓ **Afecto Negativo:** Capacidad del sujeto de percibir estados de ánimos nocivos en su vida.

El BS se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vida y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se denomina “felicidad” al BS experimentado como se sienten más emociones agradables y pocas desagradables cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vida. Lo central es entonces, la propia evaluación que las personas hacen de su vida. Diener 2000.(Citado por Cuadra L & Florenzano U, 2003 P. 85)

Tabla 3. Componentes del Bienestar Subjetivo.

<i>Afecto Positivo</i>	<i>Afecto Negativo</i>	<i>Satisfacción con la Vida</i>	<i>Dominios de satisfacción</i>
Alegría	Culpa y Vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y Preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

2.7 Bienestar Social

Ante estas dos tradiciones, Keyes (1998), Blanco y Díaz (2005), plantean la imposibilidad que tiene el ser humano de ser feliz en el vacío, sin un tejido en el cual pueda referenciarse, debido a que éste no puede abstraerse de la realidad y mucho menos olvidar el contexto social en

el que se encuentra inmerso. (Amaris & Turizo, 2009). A partir de esto, nace la necesidad de estudiar el bienestar social.

De acuerdo con lo propuesto por Keyes 1998, el bienestar social es la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

El bienestar social, al igual que los otros dos bienestares se componen de diferentes dimensiones tales como:

Integración social. Keyes la define como «la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad» (Keyes, 1998, p. 122). Y añade un detalle que no puede pasarnos desapercibido porque en él es claramente perceptible la huella del Durkheim de *El Suicidio*: «Las personas sanas se sienten parte de la sociedad», cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.

Aceptación social. Desde el punto de vista del bienestar y de la salud, la integración no es más que el punto de partida. Es imprescindible estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, pero es necesario que dicha pertenencia disfrute, al menos, de dos cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida. Ambos, dice Keyes, son indicadores de salud mental.

Contribución social. También lo es que esa confianza en los otros y en nosotros mismos vaya acompañada del sentimiento de utilidad, «de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo» (Keyes, 1998, p. 122), y que lo que uno aporta es valorado.

Actualización social. Esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (confianza en el progreso y en el cambio social). Todavía más: la actualización social lleva implícita la firme creencia de que la sociedad controla su destino, sabe dónde va y traza intencionadamente el horizonte hacia donde quiere llegar en el futuro. La gente más saludable desde el punto de vista mental, advierte Keyes (1998, p. 123), confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

Coherencia social. Si la actualización tiene que ver con la confianza depositada en la sociedad, la coherencia se refiere a la capacidad que tenemos para entender su dinámica. Es «la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo» (Keyes, 1998, p. 123). La gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Vemos un sentido a lo que pasa, y encontramos una lógica a los acontecimientos que nos rodean. (Blanco & Díaz, 2005)

2.8 El VIH y el Sida como agentes de estrés Post Traumáticos

Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores. (Vera , Carbelo, & Vecina, 2006)

Según Bados (2005) existen dos tipos de sucesos traumáticos los experimentados y los transmitidos; dentro de los experimentados se encuentran todos aquellos que incluyan ataque personales violentos, accidentes, sucesos que marquen al individuo o recibir un diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal; mientras los sucesos transmitidos incluyen agresión personal violenta, accidente grave o daño grave experimentados por un familiar o amigo íntimo; muerte repentina e inesperada de un familiar o amigo íntimo; saber que un hijo padece una enfermedad potencialmente mortal.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente es preciso recalcar que en el caso de la población de estudio en esta investigación, experimentan el segundo tipo de suceso traumático, es decir, los sucesos transmitidos ya que han encontrado dentro de su familia a una persona diagnóstica con VIH (padres, hermanos, tíos, abuelos, primos, sobrinos).

Todas las dificultades ante la realidad del SIDA pueden suponer fuentes significativas de estrés para los enfermos y para el núcleo familiar, situación que inclusive pudiera facilitar una serie de alteraciones psicopatológicas si se ven desbordados por la situación estresante, al no contar con recursos para afrontarlo. Ante dicha situación se ponen en funcionamiento reacciones de diferente índole para intentar manejar alguna circunstancia en particular, y atenuar el impacto, es decir, el enfrentar las situaciones adecuadamente podría atenuar el estrés en la psique de cada uno de los integrantes, con énfasis en el cuidador, persona que corre mayor riesgo de presentar agotamiento físico y emocional (11) y por lo tanto evitar algunas consecuencias que aún están vivenciando por el diagnóstico de infección o por la enfermedad, fortaleciendo el apoyo ante la aparición de la disfunción familiar o de desequilibrio en su dinámica. (Álvarez, 2011)

Lazarus & Folkman, (1984) afirmaron que el estrés se trata de la comprensión de una amplia gama de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana. Estos autores consideran que el estrés se produce luego que la persona evalúa los sucesos vividos en su contexto ya que pone en peligro su bienestar.

Como ya lo hemos mencionado anteriormente, la población objeto experimenta a partir de la vivencia de otra situación traumática, lo cual repercute en su estabilidad emocional, física y/o afectiva ya que experimentan diferentes tipos de sensación que conllevan a situaciones de estrés a raíz del enfrentamiento interno sobre la negación o aceptación de aquella persona que conviven con el virus, ya que esto involucra en muchos casos un cambio en las condiciones individuales. Esto se relaciona con lo afirmado por Álvarez (2011) además de la gama de problemas orgánicos que hacen sucumbir a estas personas, se suman las emociones y sentimientos relacionados con el truncamiento de su proyecto de vida y con la incertidumbre ante la temida enfermedad, donde es muy difícil que no se involucre su grupo familiar.

En el modelo propuesto por Velasco y Sinibaldi, (2000), citado por Díaz, I (2003) donde proponen 4 etapas que afrontan los familiares con pacientes con VIH

- a. Fase de crisis. Esta se produce como consecuencia de la revelación del estado serológico o del diagnóstico de SIDA, se encuentra caracterizada por un choque emocional, la negación y suele haber niveles variables de ansiedad.
- b. Fase de transición. Con el transcurso del tiempo, las emociones y los sentimientos de la fase inicial, van siendo sustituidos por el miedo a lo impredecible, preocupaciones vinculadas a la sexualidad y se hace necesario hacer ajustes en la familia.

c. Fase de aceptación. La persona que vive con VIH y su familia aprende a aceptar y a vivir con las limitaciones que la enfermedad les impone.

d. Fase de duelo anticipatorio. Para muchos autores, la fase de duelo se inicia desde el momento del diagnóstico, se acentúa cuando la persona enferma y muere.

Lo anterior no demuestra que tanto las personas que viven el trauma como aquellas que lo experimentan en segundo grado presentan una serie de sentimientos, emociones y pensamientos que permiten entender o rechazar la situación que se presenta.

Tanto las personas que viven con VIH como sus familiares, se encuentran inmersos dentro del rechazo social que aún hoy en día se presentan con relación a esta enfermedad, es decir, al estigma y la discriminación existente dentro de la sociedad; El estigma relacionado con el VIH afecta a las personas que viven con el VIH y, por extensión, a quienes están asociados con ellas, como sus parejas o esposos, sus hijos y otros miembros de su misma unidad domestica. (Petracci & Romero, 2011)

Se entiende por estigma la marca o señal que se le hace a una persona y la discriminación (acción o efecto de discriminar), dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. (Diccionario enciclopédico SALVAT, 1988).

Confrontar a una familia que está sufriendo por tener a uno de sus integrantes con un diagnóstico inesperado y rechazado socialmente como el SIDA, en unos de sus seres queridos, supone abordar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de la persona enferma, y la mirada de cada integrante en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico, que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y, estar condicionado por las creencias previas sobre la vida y los significados que ellos le atribuyan a la persona ante lo que está viviendo. Para comprender su proceso de afrontamiento, hay que tomar

en cuenta las atribuciones que la familia hace de la situación cotidiana, ésta puede estar estrechamente relacionada con sus sistemas de creencias sobre la vida en general, dentro de lo que también pueden tener alguna repercusión las creencias religiosas y lo aprendido a través de la vida misma. (Álvarez, 2011)

Podríamos inferir que uno de los elementos que conllevan al estrés pos traumático dentro del VIH, es el rechazo que se presenta a nivel social, que muchas veces inciden a nivel familiar y/o laboral; Blanco & Díaz (2004) plantea: los traumas rompen los lazos de relación entre la persona y su comunidad, destrozando el sentido de pertenecía, y asesta un golpe que puede ser definitivo a su integración social.

De lo anterior podríamos decir, que mientras exista un rechazo a aquellas personas que viven con VIH, sus familias interiorizaran esa situación como propia y generando para ellas un aislamiento dentro su contexto.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de investigaciones sobre el impacto del apoyo social sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Existen números estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud, dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos, pero sobre todo, intervienen en el curso de los problemas psicosociales, ya que la presencia del apoyo social se considera como un factor decisivo para actuar o prevenir el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes. (Trejos H, Mosquera V, & Tuesca M, 2009)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue descubierto hace más de 3 décadas, tiempo desde el cual se ha buscado una vacuna o cura pero aún no se encuentra, lo que ha llevado a que la epidemia deje grandes cifras a nivel mundial, con mayor incidencia en los países pobres y subdesarrollados.

En países como Colombia, las enfermedades crónicas son una causa importante de morbilidad y su tendencia es al aumento. Ante esta situación diversos organismos han realizado llamados para la acción; Sin embargo, persiste un bajo reconocimiento por parte de los tomadores de decisiones. Esta realidad se refleja en la ausencia de políticas públicas nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas al igual que en la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones; panorama que encaja con lo denominado "la epidemia negada de las enfermedades crónicas. (Vega Angarita & González Escobar, 2009)

Enfermedades Crónicas como el VIH y/o Sida, generan gran impacto sobre el paciente y su cuidador, forzando cambios en su estilo de vida, cambios a nivel personal y social. La interacción del paciente con la familia, influye positiva y/o negativamente sobre el proceso de la enfermedad ya que la familia se convierte en el principal apoyo social para el paciente, aportando soporte afectivo y emocional.

El SIDA es una enfermedad crónica que somete a la persona enferma y a su grupo familiar a un constante cuestionamiento que implica tomar decisiones, desde el tratamiento médico en sí de las personas, hasta decisiones en relación a los ámbitos social, espiritual y de estilos de vida. Aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos, sólo un individuo asume el cuidado, esta persona generalmente es un integrante de la familia, quien asume el rol como cuidador y a su vez necesita adaptarse al estrés de las demandas del cuidado. (Cazanave, Ferrer, Castro, & Cuevas, 2005)

A partir de este tipo de situaciones se genera en las familias las crisis llamadas no normativas, las cuales se presentan como consecuencias de situaciones que crean cambios en la estructura y funcionamiento familiar, que afecta a cada miembro y que impiden muchas veces, la posibilidad de desarrollar actividades que estimulen su propio progreso.

Vega & González, (2009) afirman que las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos.

El manejo que le de la familia a la situación dependerá de los valores, normas y capacidad de afrontamiento que tengan, ya que este tipo de enfermedad genera aislamiento social, puesto que se presenta un alto grado de estigma y discriminación hacia la persona que vive con el virus.

A nivel individual, el modo de afrontamiento dependerá de los recursos que posee ante la resolución de problemas, las habilidades sociales y el apoyo social.

Diversas investigaciones han resaltado la importancia que tiene la familia como apoyo para un paciente que presenta una enfermedad crónica. El soporte social se está convirtiendo en una variable de análisis para varias disciplinas, que buscan generar estrategia de intervención tanto para el paciente como para la familia, ya que esta última juega un papel determinante a la hora de afrontar las situaciones desarrolladas por la enfermedad.

Es por esto que con esta investigación se quiere conocer si ¿Existe relación entre el funcionamiento familiar, afrontamiento familiar, las cogniciones post-traumáticas y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar si existe correlación entre el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, el estrés post-traumático y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida.

4.2 Objetivos Específicos

◇ Establecer la relación existente entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento familiar en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

◇ Establecer la relación existente entre el funcionamiento familiar y las cogniciones postraumáticas en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

◇ Establecer la relación existente entre el funcionamiento familiar y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

◇ Establecer la relación existente entre el afrontamiento familiar y las cogniciones postraumáticas en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

◇ Establecer la relación existente entre el afrontamiento familiar y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

◇ Establecer la relación existente entre las cogniciones post traumáticas y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

5. HIPOTESIS

5.1 Hipótesis De Trabajo

Existe correlación entre el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, el estrés post-traumático y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida.

5.2 Hipótesis Específicas

Existente relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento familiar en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

Existente relación entre el funcionamiento familiar y las cogniciones postraumáticas en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

Existente relación entre el funcionamiento familiar y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

Existente relación entre el afrontamiento familiar y las cogniciones postraumáticas en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

Existente relación entre el afrontamiento familiar y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

Existente relación entre las cogniciones post traumáticas y la salud mental en jóvenes afectados por VIH y/o Sida

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 Definición Conceptual

Salud Mental: Keyes 2005 la definió como “un conjunto de síntomas de hedónica y funcionamiento positivo operatividad por medias de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento). (Díaz, Blanco, Horcajo, & Valle, 2007)

Bienestar psicológico: se ocupa del desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Ryff, 1989). Sus dimensiones son: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno propósito en la vida y crecimiento personal. (Manrique, Martínez, & Turizo, 2008)

Bienestar Subjetivo: Se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida. Estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales a acontecimientos, como juicios sobre satisfacción y logro (Diener, 1984; 2000). Sus dimensiones son satisfacción, afecto positivo y afecto negativo. (Manrique, Martínez, & Turizo, 2008)

Bienestar Social: se define como “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p 122). “Es la necesidad de tomar en consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido, la naturaleza y la historia” (Blanco & Díaz, 2005, p 20) Este contempla cinco dimensiones básicas, las cuales son: Integración social, Aceptación social, Contribución social, Actualización social y Coherencia social. (Manrique, Martínez, & Turizo, 2008)

Funcionamiento Familiar: De acuerdo con el modelo Circumplejo de Olson, comprende las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación.

Cohesión: Vínculo Emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Los tópicos específicos para medir y diagnosticar esta dimensión son: vinculación emocional, límites coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Los cuatro niveles de cohesión oscilan entre desligada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y amalgamada (muy alta). (Hernández Cordoba, 1992)

Adaptabilidad: habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones entre papeles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y al propio del desarrollo. Para describir, medir y diagnosticar a las parejas y familias sobre esta dimensión se han tomado una serie de conceptos provenientes de diversas ciencias sociales, con especial énfasis en los aportados por la sociología familiar. Dichos conceptos son: poder (asertividad, control y disciplina) estilos de negociación, relaciones entre los papeles y reglas de las relaciones. (Hernández Cordoba, 1992)

Afrontamiento Familiar: citado de Zambrano & Amarís Macías, (2009) “Es la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demanda cambios (Mc Cubbin, Thompson 1996, Louron 2005). Las estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican con el tiempo (Galindo y Milena, 2003).

Obtención de Apoyo Social Se mide la capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.

Búsqueda de Apoyo Espiritual Se enfoca sobre la habilidad de la familia para obtener apoyo espiritual.

Movilización Familiar: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Evaluación Pasiva: Cuatro ítems evalúan la habilidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.

Reestructuración: Esta dimensión evalúa la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.

(Jimenez Arrieta, Amaris Macias, & Valle Amarís, 2012)

Cogniciones Irracionales Postraumaticas: Calvete y Cardeño citado por Manrique, Martinez, & Turizo, (2008), las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo y de factores ambientales, culturales y biológicos. Son “el marco de referencia... que determina... el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás” (Beck, 1976. Cit. Calvete & Cardeño, 2001). De acuerdo con Janorrr –Bulman (1992. Cit. En Rodríguez, 2006), los eventos traumáticos atacan directamente el sistema cognitivo de los sujetos y cuando la persona se encuentra expuesta a eventos traumáticos toma conciencia de la fragilidad del sistema cognitivo sobre el que vasa su vida.”

6.2 Definición Operativa De La Variable

Tabla 4. Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR (son los ítems)
SALUD MENTAL	BIENESTAR PSICOLOGICO		<u>Auto aceptación</u> : las personas intentan sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo” Esta concepción se refleja en los ítems: 1, 7, 13, 17, 24.
			<u>Relaciones positivas</u> : Definida como la capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas basadas en la confianza mutua y empatía. Esto se ve reflejado en los ítems: 2,8,12,25.
		Auto aceptación	
		Relaciones positivas	
		Autonomía	<u>Autonomía</u> : la autonomía es la capacidad que tiene el ser humano, para mostrarse ante si mismo y ante los demás como un ser propositivo, que comprende y participa activamente en el mundo que le rodea, que evalúa las alternativas de acción más ajustada al contexto, en función de sus intereses y motivaciones. Se presentan en los ítems 3, 4, 9, 18, 19, 23.
		Dominio del entorno	<u>Dominio del entorno</u> : habilidad que tienen las personas para elegir o crear entornos favorables que les permitan satisfacer sus deseos y necesidades. Se reflena en los ítems: 5, 10, 14, 20, 29.
		Crecimiento Personal	<u>Crecimiento personal</u> : empeño que cada individuo tiene “por desarrollas sus potencialidades por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades” (Keyes et al 2002)
		Propósito en la vida	

SALUD MENTAL**BIENESTAR SUBJETIVO**

Satisfacción
 Afecto positivo
 Afecto Negativo

Propósito en la vida: hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, basados en los valores de referencia de cada persona (Casullo, 2002) se presentan en los ítems 6, 11, 15, 16, 21.

Satisfacción: Valoración que hace el individuo de su propia vida en términos positivos, estas agrupaciones es la relativa a las “satisfacción con la vida” (Diener & Dienes 1995).

1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.
2. Las condiciones de mi vida son excelentes
3. Estoy satisfecho con mi vida
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiera en la vida
5. Si pudiera vivir la vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.

Escala Único de Satisfacción con la vida: evalúa su vida globalmente durante los últimos días.

Afecto positivo: Percepción que tienen los sujetos sobre sus estados de ánimo tales como: sentimientos de alegría, buen humor, tranquilidad, satisfacción y vitalidad, entre otros. Las personas que consideran tener un lado afecto positivo, se caracterizan por su “alta energía, concentración completa y agradable dedicación”. (Watson 1988, p 1063). Durante los últimos días: durante cuanto tiempo te has sentido

- Alegre?
- De buen humor?
- Extremadamente feliz?

SALUD MENTAL**BIENESTAR SOCIAL.**

Integración Social
 Aceptación Social
 Contribución Social
 Actualización Social
 Coherencia Social

- Tranquilo y en calma?
- Satisfecho?
- Lleno de vida?

Afecto Negativo: percepción que tienen los sujetos sobre los estados de animo nocivos que experimenta en su vida. Las personas que tienen un alto afecto negativo presentan “una variedad de estados de animo, que incluyen la ira , el desprecio, la aversión, la culpa, el temor y el nerviosismo, mientras que el bajo afecto negativo es un estado de calma y serenidad” (Watson. 1988 p 1063)

Durante los últimos 30 días, durante cuanto tiempo te has sentido:

- Tan triste que nadie podrá animarte?
- Nervioso?
- Nervioso o inquieto?
- Desesperanzado?
- Que todo requería un gran esfuerzo?
- Inútil?

Integración social: “es la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad” (Kelles, 1998 p 122). Se reflejan en los ítems 1, 2, 3, 4, 5.

Aceptación social: es la experimentación de la pertenencia a la sociedad, en cuanto a la aceptación y la confianza de los otros, así como de la propia vida. (Keyes, 1998) se refleja en los ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Contribución social: es el sentimiento de utilidad, y el reconocimiento de nuestro aporte a la sociedad por parte de los otros (Keyes 1998).

Se refleja en los ítems 12, 13, 14, 15, 16.

Actualización social: es el sentimiento de confianza frente al rumbo de la sociedad, es pensar que está se dirige hacia un futuro prometedor de crecimiento y desarrollo (Keyes 1998). Se refleja en los Ítems 17, 18, 19, 20, 21.

Coherencia Social: según Blanco y Diaz 2005, es la capacidad que tiene el sujeto para entender la dinámica de la sociedad y su preocupación por estar informado de lo que acontece en ella. Se refleja en los ítems 22, 23, 24, 25.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Cohesión Adaptabilidad		Cohesión: Evaluado en los Ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 Adaptabilidad: Evaluado en los Ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20.
AFRONTAMIENTO FAMILIAR	Obtención de Apoyo Social. Búsqueda de Apoyo Espiritual Movilización Familiar Evaluación Pasiva Reestructuración		Obtención de Apoyo Social 1, 2, 4, 5, 10, 16, 19, 24, 28. Búsqueda de Apoyo Espiritual 14, 22, 26, 29. Movilización Familiar 6, 8, 9, 20. Evaluación Pasiva 12, 17, 25, y 27. Reestructuración 3, 7, 11, 13, 15, 18, 21, 23.
COGNICIONES IRRACIONALES POSTRAUMÁTICAS			Se evalúan en todos los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36.

7. CONTROL DE LAS VARIABLES

7.1 Variables Controladas

Tabla 5. Variable controlada

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Jóvenes afectados	Se escogerán aquellas Jóvenes en edades comprendidas entre 11 y 24 años.	La Organización Panamericana de la Salud y la Organización un dial de la Salud, definen la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad y la juventud como el periodo entre los 15 y los 24 anos; utilizan el termino "personas adolescentes" para referirse a ambos grupos (OMS, 1995). (Moreno, Leon Canelon, & Becerra, 2006)
Afectados por el Virus de Inmuno deficiencia Humana (VIH)	Se escogerán jóvenes pertenecientes a la Fundación François Xavier Bagnoud, de aquellas familias que conviven con VIH.	Según la OMS, el VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Sida, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Toda aquella persona es vulnerable de adquirir el VIH y desarrollar el Sida.

7.2 Variables No Controladas

Tabla 6. Variable No Controlada

¿Qué?	¿Por qué?
Escolaridad	<p>La educación formal está regulada por la Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación) y se divide en los siguientes niveles: (a) preescolar, con una duración de tres años; (b) básica, con una duración de nueve años, que a su vez se divide en dos ciclos: básica primaria (grados primero a quinto) y básica secundaria (grados sexto a noveno), y (c) media (grados décimo y undécimo), al final de la cual la persona se gradúa como bachiller</p>
Tipo de familia	<p>Cuando se producen cambios notables en el contenido de los roles, la familia pasa una situación de transición que la sitúa en una nueva etapa (Falicop, 1991).</p> <p>La sociedad expresa que cada familia se ajusta a un ciclo normativo, más o menos flexible, y estas expectativas ejercen una presión a la que la familia trata de adaptarse. (Gimeno, 1999)</p>
Redes de apoyo	<p>La familia sigue siendo para los jóvenes ese espacio para el desarrollo de sus recursos psicológicos, y a la vez una fuente de respaldo al momento de actuar y afrontar aquellas situaciones adversas y poco comunes, demostrando su sentido de pertenencia al sistema familiar y reaccionando de forma grupal ante las necesidades de su familia. (Zambrano & Amarís Macías, 2009)</p>

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo De Investigación

La investigación que se desarrollará será de tipo correlacional, teniendo en cuenta la definición que presenta Sampieri, Collado, & Lucio (2003), “Este tipo de estudio tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o mas conceptos, categorías o variables (en un contexto particular)”.

En esta investigación se buscara encontrar la relación existente entre las variables de funcionamiento familiar, afrontamiento familiar, estrés post-traumático y la salud mental, en jóvenes afectados por el VIH y/o Sida.

8.2 Muestra

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación, se desea contrastar si existe correlación entre las dimensiones del el Funcionamiento Familiar, el Afrontamiento Familiar, las Cogniciones Irracionales Postraumáticas y la Salud Mental (Bienestar Psicológico, Subjetivo y Social), para lo cual se considera que una correlación de 0,30 ($r=0,30$) sería suficiente para confirmar que existe relación entre cada combinación de estas variables. El tamaño de muestra se obtiene solucionando de forma numérica la ecuación para la potencia:

$$1 - \beta = 1 - F_{ne}[F^{-1}(1 - \alpha(3 - c), 1, dfe, n \frac{p^2}{1 - p^2})]$$

Dónde:

α	Alfa o Nivel de Significación (valor recomendado: 0,05)
c	Unilateral / Bilateral (valor recomendado: 2)
ρ	Correlación. Coeficiente de correlación de Pearson entre las dos variables continuas
ab	Porcentaje esperado de abandonos
$1-\beta$	Potencia de la prueba estadística para detectar las diferencias deseadas.
n	Tamaño de muestra efectivo
nr	Tamaño de muestra a reclutar (corregido por posibles abandonos)
ρ	Tamaño del efecto. El tamaño del efecto se mide directamente en términos de la correlación. Tamaño del efecto detectable por la prueba estadística

En los cálculos se utiliza la función de distribución F y se asume que la distribución de la variable respuesta es Normal y que la prueba estadística para rechazar la hipótesis nula será una prueba t-Student para un coeficiente de correlación.

De la aplicación de la ecuación descrita, se concluye que se necesitará incluir un mínimo de 92 sujetos para asegurarse una potencia del 80% ($\text{pow}=1-\beta=0,80$) para poder detectar una correlación de 0,30 ($r=0,30$) con una prueba bilateral y un nivel confianza del 95% ($\alpha=0,05$). Acorde a estos criterios se seleccionó una muestra final de compuesta por 92 jóvenes afectados por el VIH y/o Sida escogidas de forma aleatoria en el departamento del Atlántico.

8.3 Técnicas E Instrumentos

Los análisis de consistencia interna se basan en la medición de la relación que muestran los elementos que conforman un instrumento o unidad de medición, en este sentido, aquellos instrumentos que presenten una mayor interrelación entre las preguntas que lo conforman poseerán un mayor nivel consistencia interna.

Uno de las herramientas más utilizadas para la medición de la consistencia en instrumentos de medición y escales es el Coeficiente de Alfa de Cronbach. Este indicador se define como “un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados” (Oviedo & Campo, 2005). Así pues, valores más altos del alfa de Cronbach serán indicador de mayores niveles de relación y por ende mayor consistencia.

En cuanto a su valor, el alfa de Cronbach deberá ubicarse por encima del 0,70, ya que para magnitudes inferiores la consistencia interna se considera Baja. Por otro lado, valores por encima de 0,90 pueden estar asociados a inconsistencias por duplicidad. En consecuencia, un valor aceptable de este indicador deberá estar ubicado entre 0.7 y 0.9.

Otro factor a tener en cuenta en la medición, es el tamaño de las dimensiones a evaluar. El alfa de Cronbach es una medida más apropiada para la medición de instrumentos en los cuales se mide de una sola dimensión, al tratar con instrumentos con varias grupos de escales o categorías es preferible obtener su valor individualmente para cada subgrupo, ya “que si se usa en escalas con ítems que exploran dos o más dimensiones

distintas, aunque hagan parte de un mismo constructo, se corre el riesgo de subestimar la consistencia interna” (Oviedo, et. al.)

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizara un análisis de consistencia internas para los instrumentos aplicados en el presente estudio:

Tabla 7. Análisis de Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de Bienestar social de Keyes	Integración Social	0,777	5
	Aceptación Social	0,912	6
	Contribución Social	0,937	5
	Actualización Social	0,886	5
	Coherencia Social	0,910	5
Bienestar Subjetivo de Diener	Bienestar Subjetivo	0,832	5
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Auto-aceptación	0,781	5
	Relaciones Positivas	0,902	4
	Autonomía	0,931	6
	Dominio del entorno	0,879	5
	Crecimiento Personal	0,866	4
	Propósito en la Vida	0,819	5
Inventario de Cogniciones postraumáticas	Cogniciones Negativas del Yo	0,868	21
	Cogniciones Negativas del Mundo	0,815	7
	Autocastigo	0,890	5
Test FACES III	Cohesión	0,859	10
	Adaptabilidad	0,835	10
Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis FCOPEs	Obtención de Apoyo Social	0,821	9
	Búsqueda de Apoyo Espiritual	0,912	3
	Movilización Familiar	0,817	4
	Evaluación Pasiva	0,925	4
	Reestructuración	0,935	8

8.4 Procedimiento

La investigación se realizó teniendo en cuenta una serie de etapas que serán descritas a continuación:

Se inicio con la revisión de la bibliografía, teniendo en cuenta los objetivos planteados para la investigación, definiendo así las unidades de análisis. Se continuó con escogencia de la población a abordar y la muestra de estudio. Se prosiguió con el estado del arte para finalizar el marco teórico.

Recolección de datos: Se inició con la recolección de datos de las familias pertenecientes a la fundación François Xavier Bagnoud – Colombia (revisión de las historias clínicas y directorios de las familias). Inicialmente, se hizo la convocatoria a los jóvenes que asisten al grupo de apoyo de la fundación y quienes cumplían con las características correspondientes a la investigación; se les realizó una breve explicación acerca del fin de la investigación que se realizaría y se procedió a la entrega del consentimiento informado y la aplicación de los test. Así mismo se hizo el contacto con los padres de aquellos jóvenes menores de edad que asintieron en la elaboración de los test.

Al inicio de la recolección de los datos, se realizó un pilotaje con cinco (5) test. Donde se destaca que el tiempo aproximado y promedio que se usó para responder todas las preguntas fue de 45 a 60 minutos. Para algunos de los participantes fue necesario un acompañamiento durante la realización de los test ya que por el nivel de escolaridad se hizo necesario explicarle algunas preguntas. Las inquietudes más frecuentes se realizaron en los test Escala de Bienestar Social de Keyes y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Los test se aplicaron en fechas, horas y lugares diferentes, teniendo en cuenta la disponibilidad de los jóvenes para asistir al lugar de encuentro. Se iniciaba con una explicación breve acerca de los objetivos de la investigación y la manera como debían ser contestados los test. La aplicación se realizó en un total de cinco (5) semanas.

La tabulación y análisis de los resultados: se realizó la recolección de los test con un total de 92 aplicados, los cuales fueron tabulados en el programa SPSS/ PC, que permite una adecuada correlación de las variables de estudio.

Se finalizó con la elaboración del informe a partir de los datos arrojados por el programa.

9 ANALISIS DE RESULTADOS

La medida más habitualmente utilizada para el estudio de la correlación es el coeficiente de correlación lineal de Pearson (r), el coeficiente de correlación es un estadístico que proporciona información sobre la relación lineal existente entre dos variables cualesquiera y se refiere a dos características de la relación lineal: la dirección o sentido y la cercanía o fuerza. El coeficiente r puede tomar cualquier valor entre -1 y $+1$, el valor de r será positivo si existe una relación directa entre ambas variables, esto es, si las dos aumentan al mismo tiempo. Será negativo si la relación es inversa, es decir, cuando una variable disminuye a medida que la otra aumenta (Pértegas & Pita, 2002).

El uso del coeficiente de correlación de Pearson sólo tiene sentido si la relación bivariada a analizar es del tipo lineal, si ésta no fuera no lineal, el coeficiente de correlación sólo indicaría la ausencia de una relación lineal más no la ausencia de relación alguna. Debido a esto, muchas veces el coeficiente de correlación se define - de manera más general - como un instrumento estadístico que mide el grado de asociación lineal entre dos variables.

En el marco de este estudio se consideraron que los resultados de este coeficiente son significativos, es decir, contrastar la hipótesis de que el coeficiente de correlación sea significativamente diferente de 0, para un Alfa o Nivel de Significación de 0,05. Lo anterior permitirá establecer que el resultado arrojado no ha sido producido por casualidad o azar por lo menos con un 95% de confianza.

A continuación se presentaran los resultados, los cuales se desarrollaran teniendo en cuenta el orden de los objetivos específicos, iniciando con la variable de funcionamiento, seguido por afrontamiento y finalizando con cogniciones postraumáticas.

En primer lugar revisaremos la correlación existente entre Funcionamiento Familiar y Afrontamiento Familiar, así como sus subdimensiones. La siguiente tabla resume el comportamiento del coeficiente de correlación de Pearson (r) entre estas dos variables:

Tabla 8. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Afrontamiento Familiar y el Funcionamiento Familiar.

Dimensiones del Afrontamiento Familiar	Dimensiones del Funcionamiento Familiar	
	Cohesión	Adaptabilidad
Obtención de Apoyo Social	,271*	,222
Reestructuración	,562**	,366**
Búsqueda de Apoyo Espiritual	,329**	,231*
Movilización Familiar	,318**	,224*
Evaluación Pasiva	,183	,110

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N= 94

Con base a la información de la tabla anterior se deduce la existencia de una correlación moderada y positiva entre la Cohesión y la Reestructuración ($r=,562$), Por otra parte se evidenciaron correlaciones bajas y positivas entre la Cohesión y la Obtención de Apoyo Social Obtención de Apoyo Social ($r=0,271$), Búsqueda de Apoyo Espiritual ($r=,329$) y la Movilización Familiar ($r=,318$).

Por su parte el coeficiente de correlación entre la Adaptabilidad y la Reestructuración ($r=,366$), la Búsqueda de Apoyo Espiritual ($r=,231$) y la Movilización

Familiar ($r=.224$) fue positiva y baja; estas correlación resultaron ser significativos con un nivel de confianza del 95%.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta correlación, encontramos que existe una relación entre las variables de funcionamiento familiar y afrontamiento, en donde se destaca la correlación positiva tanto moderada como baja de las subdimensiones de cohesión con relación a reestructuración, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar, y obtención de apoyo; al igual que la correlación entre adaptabilidad y reestructuración, búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar.

De lo anterior podemos decir, que nuestra población objeto de estudios (jóvenes afectados por el VIH y/o Sida), se han adaptado a las demandas presentadas dentro del funcionamiento de su familia, a partir de la crisis presentada luego de conocer el estado de salud de uno de sus familiares.

Con respecto a lo obtenido en los resultados, enlazándolo con la teoría planteada en nuestro marco teórico, nos remitimos a aceptar la hipótesis de González Benítez, (2000) donde afirma que la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a las existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que

cuenta para hecerle frente. Con relación a la población objeto encontramos que los jóvenes se adaptan facilmente a los cambios que presenta su nucleo familiar.

Así mismos podemos comparar el resultado obtenido en esta investigación con el resultado obtenido en la investigación de estilos de afrontamientos de cuidadores primarios de niños con cáncer, en el que los autores: De la Huerta, Corona, & Méndez, (2006), manifiestan: En el caso de las familias con pacientes con enfermedades crónicas, experimentan un tipo de afrontamiento conductual activo, aquí los cuidadores manejan directamente el problema y sus efectos, tratan de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla y lo hacen hablado con un profesional y crean planes de acción.

Es decir, que los jóvenes afectados por VIH perciben un fuerte vínculo entre los miembros de sus familias, lo que les permite entender y afrontar la situación generada a partir de la crisis no normativa desatada; así mismo a nivel familiar, considera que posee habilidades para enfrentar los cambios estructurales que se generan dentro de la relación familiar, así como la posibilidad de afrontar nuevos roles. La búsqueda de respuesta ante la situación por la que están pasando, los lleva a buscar y aceptar la ayuda de otras personas (fuera de su núcleo familiar), ya que estas le pueden brindar el apoyo que necesitan sin dejar a un lado el apoyo obtenido dentro de su familia.

En este sentido se evidencia la correlación existente entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento familiar de jóvenes afectados por el VIH y/o Sida, lo que nos lleva a aceptar y comprobar una de las hipótesis planteadas en esta investigación.

Siguiendo los objetivos del presente estudio se procedió a indagar acerca de la correlación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, sobre este punto la siguiente tabla presenta la estimación de r para dichos aspectos:

Tabla 9. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Funcionamiento Familiar y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas

Dimensiones	Cogniciones Irracionales Postraumáticas		
	Creencias Negativas del Yo	Creencias Negativas del Mundo	del Auto-Castigo
Cohesión	-,119	-,250*	-,063
Adaptabilidad	,069	-,016	,005

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N= 94

Tal como se presenta en la tabla anterior, se evidenció una correlación negativa y moderada entre la Cohesión y las Creencias Negativas del Mundo ($r=-0,250$); el coeficiente r para este par de variables resultaron ser significativo con un nivel de confianza del 95%, por lo cual podemos aceptar la existencia de una correlación negativa y baja entre estas dimensiones.

De acuerdo con lo anterior, afirmamos que cuando el indicador de cohesión aumenta, el indicador de creencias negativas del mundo disminuye. Esto puede explicarse citando a Blanco & Díaz (2004) quienes afirman que los traumas rompen los lazos de relación entre la persona y su comunidad, destrozando el sentido de pertenecía, y asesta un golpe que puede ser definitivo a su integración social.

Así mismo, y siguiendo con la teoría, podemos afirmar que el estigma relacionado con el VIH afecta a las personas que viven con el VIH y, por extensión, a quienes están asociados con ellas, como sus parejas o esposos, sus hijos y otros miembros de su misma unidad doméstica. (Petracci & Romero, 2011); es decir, que cuando los jóvenes sienten rechazo hacia su familiar con VIH y/o Sida, interioriza esta situación como propia lo que en muchos casos lo lleva a alejarse o aislarse de la comunidad.

Con relación al resultado anterior podemos afirmar que existe una correlación entre funcionamiento familiar y las cogniciones postraumáticas, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis relacionada con esta.

Continuamos con los resultados de la estimación del coeficiente de correlación de Pearson para las variables Funcionamiento Familiar y Salud Mental, en la presente tabla se presenta el resultado de dicha estimación:

Tabla 10. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Funcionamiento Familiar y la Salud Mental.

Dimensiones	Subdimensiones	Funcionamiento Familiar	
		Cohesión	Adaptabilidad
Bienestar Social	Integración Social	,380**	,346**
	Aceptación Social	,227	,223
	Contribución Social	,248*	,108
	Actualización Social	,015	-,052
	Coherencia Social	,447**	,391**
Bienestar Subjetivo		,409**	,160
Bienestar Psicológico	Auto-aceptación	,208	,125
	Relaciones Positivas	,343**	,163
	Autonomía	,078	-,065
	Dominio del entorno	,229*	,186
	Crecimiento Personal	,134	,039
	Propósito en la Vida	,261*	,215

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N= 94

De la información presentada en la tabla anterior se deduce la presencia de una correlación positiva y moderada entre la Cohesión y la Coherencia Social y el bienestar subjetivo ($r=,409$) acompañada de correlaciones positivas de intensidad baja entre la Cohesión y la Integración Social ($r=0,380$) y la Contribución Social ($r=0,248$). Por otra parte, la Cohesión mostro evidencia de correlación positiva, significativa y de baja intensidad con las dimensiones del bienestar psicológico Auto-aceptación ($r=0,284$) y Propósito en la Vida ($r=0,332$), Relaciones Positivas ($r=,343$), Dominio del entorno ($r=,229$) y Propósito en la Vida ($r=,261$).

Con respecto a lo planteado en el modelo Circumplejo de Olson en 1979 y retomado por Hernández en (1992), Cohesión se refiere al vinculo emocional que los miembros de la familia tienen entre si. Dentro de las dimensiones establecidas para medir y diagnosticar la cohesión, encontramos los siguientes tópicos: la vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Así mismo, se establecen 4 niveles de cohesión: Desligada (muy baja), Separada (baja moderada), conectadas (moderada alta) y amalgamada (muy alta), donde en cada uno de estos se establece la conexión del individuo frente al funcionamiento familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior y relacionándolo con los resultados obtenidos, observamos que se encuentra un nivel moderadamente alto entre el funcionamiento familiar, la cohesión social basado en lo expuesto por Blanco & Diaz (2005), La gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Y el bienestar

subjetivo, Abello & otros 2008, citando a Diener (2000) manifiesta que El BS es aquella categoría que utiliza una persona para juzgar de un modo general o global su vida, es decir, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Así mismo, se observan correlaciones positivas con intensidad baja entre la cohesión, la integración social definida por Keyes (1998) y citada por Blanco & Diaz (2005) como la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad; entre la contribución social en el que los autores antes mencionados la definen como: la confianza en los otros y en nosotros mismos acompañada de sentimiento de utilidad.

Por otra parte, dentro de las dimensiones de bienestar psicológico se encontraron correlaciones positivas, significativas y con baja intensidad con: auto-aceptación que fue definida por Riff como la capacidad de sentirse bien consigo mismo, hasta el punto de aceptar sus limitaciones; Relaciones positivas, la cual se define como la capacidad de constituir una relación basada en la confianza y al aceptación de la otra persona; Dominio del entorno, capacidad de manejar su entorno según la necesidad; y por último presenta correlación con propósito de vida, aquellas personas capaces de proponerse y cumplir metas, que tiene objetivos claros y encuentran sentido a la vida.

La Adaptabilidad entendida desde el modelo de Olson como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones entre papeles y las reglas de las relaciones en respuesta a situaciones de estrés; presento por su parte, un coeficiente de correlación positivo con las dimensiones del bienestar psicológico Integración Social ($r=.346$), y Coherencia Social ($r=.391$).

Con relación a la investigación realizada, podemos deducir que los jóvenes sienten confianza y satisfechos consigo mismo, lo que le permite tener una buena relación familiar y social, ya que presentan habilidades para entender las demandas generadas dentro de su estructura familiar, así se presente una reestructuración dentro de ella. La gente sana no sólo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor. Vemos un sentido a lo que pasa, y encontramos una lógica a los acontecimientos que nos rodean. Blanco & Díaz, (2005)

De acuerdo con los resultados, se demuestra la hipótesis de que existe correlación entre funcionamiento familiar y salud mental, vista desde bienestar social, bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Y se rechaza cualquier hipótesis nula que se quiera plantear.

Seguidamente se buscó evaluar el comportamiento del coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las dimensiones de las cogniciones irracionales postraumáticas, en la siguiente tabla se resumen los resultados para estas dos variables:

Tabla 11. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Funcionamiento Familiar y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas

Dimensiones Afrontamiento Familiar	Del	Cogniciones Irracionales Postraumáticas		
		Creencias Negativas del Yo	Creencias Negativas del Mundo	Auto- Castigo
Obtención de Apoyo Social		-,125	-,025	-,082
Reestructuración		-,306**	-,077	-,184
Búsqueda de Apoyo Espiritual		-,164	-,250*	-,187
Movilización Familiar		,087	,063	,081
Evaluación Pasiva		,092	-,106	-,057

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N= 94

Tal como se presenta en la tabla anterior, se evidenció una correlación negativa y moderada entre las Creencias Negativas del Yo y la Reestructuración ($r=-,306$); el coeficiente r para este par de variables resultaron ser significativo con un nivel de confianza del 99%, por lo cual podemos asumir la existencia de una correlación negativa y moderada entre estas dimensiones.

Por su parte la dimensiones Creencias Negativas del Mundo presentó correlaciones bajas de dirección negativa la Búsqueda de Apoyo Espiritual ($r=-0,250$), además el p-valor de la prueba da evidencia de que las correlaciones encontradas son estadísticamente significativas.

En cuanto a la dimensión de Auto-castigo, no se encontró evidencia suficiente para asumir la existencia de una correlación entre esta dimensión y las dimensiones las cogniciones irracionales postraumáticas.

Como se mencionó anteriormente, para todas las correlaciones descritas en los párrafos anteriores se consideraron los resultados de este coeficiente para niveles de significación estadística menores o iguales a 0,05 con lo cual se pudiese establecer evidencia de un resultado que no hubiese sido producido por casualidad o azar.

Tabla 12. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones del Afrontamiento Familiar y la Salud Mental.

Dimensiones	Subdimensiones	Afrontamiento Familiar				
		Obtención de Apoyo Social	Reestructuración	Búsqueda de Apoyo Espiritual	Movilización Familiar	Evaluación Pasiva
Bienestar Social	Integración Social	,195	,318**	,160	,107	-,027
	Aceptación Social	,108	-,082	,056	,297**	,209
	Contribución Social	,266*	,277*	,329**	,073	,010
	Actualización Social	,118	-,019	,029	-,107	-,092
	Coherencia Social	,109	,178	,059	-,066	-,003
Bienestar Subjetivo		,445**	,462**	,232*	,253*	,220*
Bienestar Psicológico	Auto-aceptación	,120	,166	-,008	,103	-,115
	Relaciones Positivas	,257*	,240*	,116	,007	-,047
	Autonomía	,115	,126	-,101	-,160	-,176
	Dominio del entorno	,004	,235*	,076	,066	-,187
	Crecimiento Personal	,186	,228*	,115	,046	-,190
	Propósito en la Vida	,101	,275*	,186	,164	-,169

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N= 94

En cuanto a la obtención de Apoyo social, esta subdimensión del afrontamiento familiar se correlaciona de forma positiva con Bienestar subjetivo, esta correlación fue de intensidad moderada ($r = ,445$), asimismo se evidencio una correlación positiva y baja de esta dimensión con las relaciones positivas. Otro aspecto evaluado en esta dimensión fue la reestructuración, para esta subdimensión se encontró una correlación positiva y moderada con el bienestar subjetivo ($r = ,462$). Además se presentaron coeficientes positivos no mayores a 0.04 entre el afrontamiento familiar y las subdimensiones del bienestar social:

integración social ($r=.318$), contribución social ($r=.277$); así como con las subdimensiones del bienestar psicológico Relaciones positivas ($r=.240$), dominio del entorno ($r=.235$), crecimiento Personal ($r=.228$) y propósito en la vida ($r=.275$).

Por su parte la dimensión de Búsqueda de Apoyo Espiritual del afrontamiento familiar se correlaciona con dirección positiva e intensidad baja con Contribución Social ($r=.329$) y el Bienestar Subjetivo ($r=.232$). Con estas mismas características se registraron correlaciones entre la Movilización Familiar y la Aceptación Social ($r=.297$) y el Bienestar Subjetivo ($r=.253$); y entre la Evaluación Pasiva y el Bienestar Subjetivo ($r=.220$).

En esta investigación se observa que se presentó una correlación significativa entre el bienestar subjetivo y el afrontamiento familiar, teniendo en cuenta lo sustentado por Diener (2000) y retomado por Cuadra & Florenzano (2003), el Bienestar Subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de su vida y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Con relación a la población objeto de estudio podemos afirmar que se encuentran satisfechos con su vida, poseen herramientas para afrontar situaciones externas e internas que les pueda generar algún problema, es decir, que cuentan con la capacidad de afrontar situaciones de tristeza y alegría de tal manera que las entienden y resuelven. Así mismo, están tan satisfechos consigo mismo que entienden la dinámica social y familiar.

Por otro lado y según lo afirmado por Louro Bernal (2003) La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar. Según los datos arrojados los

jóvenes evaluados dentro de esta investigación cuentan con las herramientas necesarias para entender, aceptar y asumir cambios familiares, en el caso de esta investigación aceptar a aquella persona o personas que han sido diagnosticada con el virus del VIH.

Continuando con el análisis de los resultados, observamos como la subdimensión de reestructuración, presenta una alta correlación con la dimensión del bienestar psicológico, teniendo en cuenta lo expuesto en la teoría: Para Keyes, el bienestar eudaimónico o bienestar psicológico está ligado al desarrollo del potencial humano. Es decir, que se centra en el desarrollo de las capacidades, la consecuencia de las metas, al autorealización. Es decir que de acuerdo con el resultado, los jóvenes tienen la capacidad de afrontar los cambios dentro de su familia aunque dentro teniendo que reestructurar sus metas, objetivos, es decir que tengan que cambiar su proyecto de vida.

Con relación a la correlación existente entre afrontamiento familiar y bienestar social: Keyes (1998), Blanco y Díaz (2005), citado por Amaris & Turizo (2009) plantean la imposibilidad que tiene el ser humano de ser feliz en el vacío, sin un tejido en el cual pueda referenciarse, debido a que éste no puede abstraerse de la realidad y mucho menos olvidar el contexto social en el que se encuentra inmerso. Es decir que los jóvenes afectados por el VIH valoran el apoyo obtenido no solo a nivel familiar sino también social, ya que en algunas ocasiones depositan su confianza en otras personas que consideran le serán útiles ya sea en la resolución de problemas o en un acompañamiento continuo.

Se comprueba la correlación existente entre el afrontamiento familiar y la salud mental, lo que permite aceptar la hipótesis planteada sobre esta relación.

Por últimos revisaremos los resultados de las correlaciones de Pearson entre las variables de la salud mental Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social con las dimensiones de las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, tal como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 13. Coeficiente de Correlación de Pearson para las Dimensiones de las Cogniciones Irracionales Postraumáticas y la Salud Mental.

Dimensiones	Sub-dimensiones	Cogniciones Irracionales Postraumáticas		
		Creencias Negativas del Yo	Creencias Negativas del Mundo	Auto-Castigo
Bienestar Social	Integración Social	-,215	-,262*	-,324**
	Aceptación Social	-,107	-,271*	-,100
	Contribución Social	-,490**	-,064	-,321**
	Actualización Social	-,082	-,027	-,007
	Coherencia Social	-,184	-,273*	-,119
Bienestar Subjetivo		-,326**	-,296**	-,242*
Bienestar Psicológico	Auto-aceptación	-,505**	-,057	-,210
	Relaciones Positivas	-,408**	-,331**	-,237*
	Autonomía	-,483**	-,262*	-,269*
	Dominio del entorno	-,461**	-,129	-,275*
	Crecimiento Personal	-,637**	-,018	-,316**
	Propósito en la Vida	-,530**	-,082	-,268*

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

N= 92

En la tabla anterior se evidencia la presencia de correlaciones de dirección negativa y de intensidad moderada entre la dimensión Creencias Negativas del Yo de las Cogniciones Irracionales Postraumáticas y Contribución Social del Bienestar Social ($r=-,490$). Asimismo, encontramos correlaciones con estas características entre las Creencia Negativas del Yo y Las dimensiones del Bienestar Psicológico Crecimiento Personal ($r=-0,637$), Propósito en la Vida ($r=-0,53$), Auto-aceptación ($r=-0,505$), Autonomía ($r=-0,483$),

Dominio del entorno ($r=-0,46$), Relaciones Positivas ($r=-0,408$). Adicionalmente se destaca que el Bienestar Subjetivo registró un coeficiente de correlación negativo y de intensidad baja con las Creencias Negativas del Yo.

Por su parte las dimensión Creencias Negativas del Mundo se correlación de forma negativa con una intensidad baja con las sub-dimensiones del bienestar social: Integración Social ($r=-,262$), Aceptación Social ($r=-,271$), Contribución Social ($r=-$) y Coherencia Social ($r=-,273$). Por otra parte se encontraron coeficientes de correlaciones negativas de baja intensidad entre las Creencias Negativas del Mundo y las dimensiones del bienestar psicológico Relaciones Positivas ($r=-,331$) y Autonomía ($r=-,262$), al igual que con el bienestar subjetivo ($r=-,296$).

La tercera dimensión que compone las cogniciones irracionales postraumáticas, el Auto-Castigo se correlaciono de forma negativa con intensidad baja con las dimensiones del bienestar social Integración Social ($r=-,324$) y Contribución Social ($r=-,321$), así como con el Bienestar Subjetivo ($r=-,242$) y las dimensiones del bienestar psicológico Relaciones Positivas ($r=-,237$), Autonomía ($r=-,269$), Dominio del entorno ($r=-,275$), Crecimiento Personal ($r=-,316$) y Propósito en la Vida ($r=-,268$).

En términos generales, se presentó un alto grado de correlación en dirección negativa dentro de este resultado, lo que demuestra que al haber un aumento en alguno de los indicadores de la dimensión, se presentara disminución en la otra dimensión.

Según lo propuesto por Lazarus & Folkman, (1984) el estrés se tratar de la comprensión de una amplia gama de fenómenos de gran importancia en la adaptación

humana. Estos autores consideran que el estrés se produce luego que la persona evalúa los sucesos vividos en su contexto ya que pone en peligro su bienestar.

De acuerdo con lo anterior, la población de jóvenes afectados por VIH, al presentar altos niveles de bienestar social, subjetivo y psicológico, presentan una disminución de sus cogniciones post traumáticas, lo que nos llevaría a suponer que los jóvenes poseen herramientas o mecanismos necesarios para asumir una situación difícil, con relación al VIH y a la persona de su familia que lo tiene.

Así mismo se observa la relación negativa encontrada entre la subdimensión de auto castigo y con la subdimensión de bienestar subjetivo y psicológico, lo cual nos indica que los jóvenes no se juzga a si mismo como responsable de lo que le sucede a otros (paciente con VIH).

De lo anterior podemos afirmar que existe una correlación negativa frente a la relación de salud mental y cogniciones postraumáticas.

10. CONCLUSIONES

La infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es considerada una enfermedad crónica y estigmatizante, la cual, no solo afecta a quien la padece, sino también a quienes se encuentran alrededor del paciente, generando situaciones de estrés a nivel fisiológicos, psicológicos, económicos y social. Tanto el VIH como el Sida, anualmente toca a millones de personas entre adultos, jóvenes y niños, quienes muchas veces no alcanza a acceder a los tratamientos antirretrovirales y mueren, forzando a sus familias a una serie de cambios que van desde la aceptación del diagnóstico hasta la modificación del funcionamiento en la familia (cambio de roles, tareas, etc) a nivel individual y grupal. La familia como red de apoyo cumple para el paciente con VIH un papel importante, ya que, quienes asumen el cuidado de esta persona son los encargados de tomar decisiones y acciones en beneficio para él, sin dejar a un lado a los demás miembros de la familia.

Luego de aplicar los diferentes instrumentos para la recolección y posterior análisis de los datos, se obtuvieron resultados que nos permiten presentar las siguientes conclusiones:

Existe un fuerte vínculo entre los jóvenes objeto de estudio con el paciente con VIH, llevándolos a entender y aceptar los cambios de estructura y funcionamiento que se han generado luego de conocer el estado de salud del miembro de la familia que presenta el diagnóstico por esta infección. Así mismo, se logró establecer que los jóvenes perciben la existencia de apoyo entre todos los miembros de la familia, para con el paciente con VIH; tanto es así, que en muchas ocasiones asumen como propios los comentarios o situaciones

en las que son estigmatizados o discriminadas las personas con VIH, llevándolos a alejarse o aislarse de los demás.

Por otro lado, de acuerdo con las correlaciones establecidas se dedujo que los jóvenes se encuentran satisfechos consigo mismo, lo que los lleva a tener una buena relación y a valorar el apoyo que reciben tanto a nivel familiar como social; En algunas ocasiones buscan apoyo fuera de su núcleo familiar, ya que estos les brindan un acompañamiento continuo o les ayudan a resolver los problemas.

Así mismo, se concluyó que los jóvenes poseen herramientas o mecanismos necesarios para afrontar situaciones difíciles ya sea interna y externamente, que los lleven en algunas ocasiones a modificar su proyecto de vida o los objetivos que se han planteado para si mismos.

La importancia que puede tener esta investigación para la psicología es la de establecer estrategias de acompañamiento para la familia de los jóvenes que están siendo afectadas por VIH, motivándolas a continuar con los proyectos y planes que tienen a nivel individual y grupal sin dejar a un lado a aquella persona que convive con el virus, ya que muchas veces por apoyarla suspenden sus metas o planes tanto a corto como a largo plazo.

Para esto, es significativo que la familia entienda por que se debe trabar en equipo ya que al trabajar todos juntos podrán seguir adelante con sus planes ya a la vez involucrar al paciente con VIH.

Tomando como referencia el estudio realizado, surgen a partir del mismo una serie de cuestionamientos pertinentes a tener en cuenta para futuros abordajes sobre esta temática, entre ellos:

- Establecer una investigación donde se controle la variable del tipo de familia, es decir, realizar una investigación con familias nucleares en donde un miembro de esa familia es diagnosticado con VIH o una investigación con familias extensas, las cuales acogen a un familiar con VIH.
- Plantear una investigación en donde el objeto de estudio sean jóvenes con diagnóstico VIH.
- Realizar una investigación correlacional entre jóvenes afectados e infectados por VIH y/o Sida, para establecer si existen similitudes o diferencias en la manera como perciben el apoyo familiar frente a esta problemática que los afecta.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Abello, R., Amaris, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D., & Arciniégas, T. (2008). Bienestar, Autoestima, Depresión y Anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación y Desarrollo Vol 16*, 214 - 231.
2. Agudelo C, C., Bustos R, I., Rodriguez F, A., & Santa , D. (2010). *Afrontamiento Familiar en la unidad de cuidados intensivos (adultos)*. Chia: Universidad de la Sabana.
3. Amaris, M., & Turizo, Y. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Unv. Psychol V 8 N°2*, 455 - 470.
4. Amarís, M., & Zambrano, J. (s.f.). *Revisión Bibliográfica analítica de estrategias de afrontamiento: individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológicos*. Barranquilla: Universidad del Norte.
5. Arana, D. E. (Junio de 2012). *salud.coomeva.com.co*. Recuperado el Septiembre de 2012, de <http://salud.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=11189>
6. Álvarez, K. (27 de 05 de 2011). *Portales medicos. com*. Recuperado el 10 de 10 de 2013, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3323/1/Proceso-de-reestructuracion-en-la-familia-a-partir-de-su-interaccion-con-uno-de-sus-integrantes-con-VIH%7B47%7DSIDA>
7. Avila, G. S. (2006). *Evaluación del APGAR Familiar en Pacientes con VIH SIDA*. Colima: Universidad de Colima.
8. Blanco, A., & Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al transtorno de estrés protraumático. *Clinica y Salud Vol 15*, 227-252.
9. Blanco , A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema Vol 17 N°4*, 582 - 589.
10. IBLIOGRAPHY Bados López, A. (2005). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
11. Biesquerra, R (2009). Metodología de la investigación educativa. Ed. La Muralla. Madrid.
12. Botella , L., & Vilaregut, A. (s.f.). La perspectiva sistémica en terapia familiar: conceptos básicos, investigación y evolución. *Facultad de psicología i ciencias de l'Educaion Blanquerna. Universidad Ramon Llull*.

13. Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23,3), 43 - 72.
14. Cazanave, A., Ferrer, X., Castro, S., & Cuevas, S. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología* V.22 n 1, 51-57.
15. Colombia, P. B. (2010). *Desplazamiento forzado en Colombia, crimen y tragedia humanitaria*. CÓDICE Ltda.
16. Cuadra L, H., & Florenzano U, R. (2003). El bienestar Sujetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de psicología de la Universidad de Chile* Vol. XIII N° 1, 83 - 96.
17. De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 39 (1), 46-51.
18. Díaz , D., Blanco, A., & Durán, M. (2011). La estructura del bienestar: el encuentro empírico de tres tradiciones. *Psicología Social*, 357 - 372.
19. Díaz, D., Blanco , A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del complejo del estado de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*. Vol. 19, n° 2., 286 - 294.
20. *Diccionario enciclopédico SALVAT*. (1988). Barcelona: Salvat, editores S.A.
21. Espinal, I., Gimeno, A., & Gonzalez, F. (2004). El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. *Revista Internacional de Sistemas* vol 14.
22. Fernández Martínez, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. España: Universidad de León.
23. García Gonzalo, M. A. (2011). EL VIH, mi familia y yo. *SALUDPEDIA*, 3 - 15.
24. Gazanave, A., Ferrer, X., Castro, S., & Cuevas, S. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Rev. chil. infectol.* v.22 n.1, 51 - 57.
25. Gimeno, A. (1999). El ciclo de la vida familiar. En A. Gimeno, *La familia: el desafío de la diversidad* (págs. 105-121). Ariel Psicología.

26. González Benítez , I. (2000). Las Crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 280 - 286.
27. *Guia de prevencion del VIH/Sida, jóvenes en contexto de vulnerabilidad.* (2011). Bogota DC: Ministerio de la proteccion social UNFPA.
28. Hernandez Cordoba, A. (1992). Estructura y funcionamiento de familias colombianas no clínicas según el modelo Circumplejo de Olson. En U. S. Tomas, *Familia y terapia familiar* (págs. 43 - 72). Bogota.
29. Hoyos Hernandez, P. A., & Torres Bolivar, E. (2012). *DINÁMICAS RELACIONALES EN FAMILIAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA CON JEFATURA FEMENINA Y CON HIJOS ADOLESCENTES Y/O JOVENES*. Cali - (Colombia): Tesis de Grado.
30. Jimenez Arrieta, M., Amaris Macias , M., & Valle Amaris, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte*, 99 . 112.
31. Manrique, K., Martinez, M., & Turizo, Y. (2008). *Estudio Correlacional entre el bienestar psicologico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma, las cogniciones irracionales postraumaticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica, radicadas en la ciudad de Barranquilla*. Barranquilla.
32. Marulanda, A. (2011). *La crianza Humanizada*. Medellin: Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia.
33. Ministerio de Salud y Proteccion Social, Fonde de Poblaciones de las Naciones Unidas. (2012). *Guía de prevención VIH/Sida*. Bogota - Colombia-: Acierto Publicidad - Mercadeo.
34. Monsalvo Prieto, A., & Flórez Torres, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 181 - 190.
35. Montoya, J. H. (2009). Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 72 - 90.
36. Moreno, S., Leon Canelon, M., & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abterto Cuademo Venezolano de Sociologia*, 787 - 803.
37. Neira Londoño, G. I. (2008). *Niños con VIH/SIDA: Afrontamiento y familia*. Chia: Univeridad de la Sabana.

38. Lazarus, R. (1993). FROM PSYCHOLOGICAL STRESS TO THE EMOTIONS: A History of Changing Outlooks. *Annu. Rev. Psychol.* 44, 1 - 22.
39. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company, INC.
40. López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Jaime, M., & Guines, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno Obsesivo-Compulsivos y sus familiares. *Salud Mental*, 111-120.
41. Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* v.29 n.1, Ciudad de La Habana .
42. OCHA. (2012). *Boletín Humanitario Colombia*. Bogota: Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de asuntos humanitarios.
43. Olson, D. H. (1999). Circumplex Model of Marital & Family Systems. *Journal of Family Therapy*.
44. ONUSIDA. (11 de Agosto de 2011). *VIH SIDA: Pandemia y tabú*. Obtenido de <http://vihsidapandemiaytabu.blogspot.com/2011/08/impacto-social-del-vih-sida-familia-y.html>
45. Oviedo, H. & Campo, A. (2005). Aproximación uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 34: 4 pp. 572-580
46. Papaplia, D., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2002). La familia. En D. E. Papaplia, S. Wendkos Olds, & R. Duskin Feldman, *Psicología del desarrollo* (pág. 12). Mexico: McGraw-Hill.
47. Pétegas Díaz, S. & Pita Fernández, S. (2002). Determinación del tamaño muestral para clacular la significación del coeficiente de correlación Lineal.
48. Petracci, M., & Romero, M. (2011). *Índice de estigma de personas que viven con VIH - Argentina*. Argentina: Fundación Huésped.
49. Ramírez González, A. (2006). *Cuidado de un enfermo: afrontamiento, estrés burnout y apoyo social percibido*. Mexico D.F : Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.
50. Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mexico DF: McGrawHill.

51. Sarmiento Gómez, A., Tovar, L. P., & Alam, C. (2001). *Situación de la educación básica, media y superior en Colombia*. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo.
52. SAZ, M. (2001). <http://www.ts.ucr.ac.cr>. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-030.pdf>
53. social, M. d. (2012). *Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012*. Bogota DC: Ministerio de la proteccion social.
54. Soler Cedré, G. (5 de 01 de 2005). *Salud Vida*. Recuperado el 07 de 2013, de <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=10899>
55. Soriano, J. (2002). Reflexión sobre el conepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología No 75*, 73 - 85.
56. *Soy periodista.com*. (02 de 05 de 2012). Recuperado el 2013, de <http://www.soyperiodista.com/cronicasemigrantes/nota-13532-desplazamiento-forzado-colombia-constante-generado>
57. Suárez Restrepo , N. D., & Restrepo Ramírez, D. (2005). Teoria y práctica del desarrollo familiar en Colombia. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 4 - 28.
58. Trejos H, A. M., Mosquera V, M., & Tuesca M, R. (2009). Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familia y apoyo social en cinco ciudades Colombianas. *Salud Uninorte Vol 25 No 1*, 17 - 32.
59. Vazquez Mojena, L. (2010). Orientación psicológica a la familia: una necesidad de estos tiempos. *Revista Electrónica Granma Ciencia. Vol.14, No.2*.
60. Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global No 16*.
61. VELEZ LLANO, Y. (2007). *CALIDAD DE VIDA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
62. Vera , B., Carbelo, B., & Vecina, M. L. (2006). La experiencia Traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo Vol 27 (1)*, 40 - 49.
63. Zambrano, J., & Amarís Macias, M. (2009). *Revisión bibliografica analitica Estrategias de afrontamiento Individual y Familiar frente a las situaciones de estrés psicológico*. Barranquilla: Tesis de Grado.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
identificada con cédula de ciudadanía N° _____, como
representante legal y/o cuidador del adolescente _____, autorizo a
la FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE, a la profesora MARIA AMARIS y a la
Estudiante de la Maestría en Desarrollo Social – ERIKA PAOLA TOVAR
VILLANUEVA, para utilizar la información suministrada por el adolescente en el marco
de la Investigación: *"Estudio Correlacional del Funcionamiento Familiar, el
Afrontamiento Familiar, las Cogniciones Postraumáticas y la Salud Mental en Jóvenes
afectados por el VIH"*.

La información suministrada por mi representado es de carácter confidencial y podrá ser
utilizada con fines de carácter académico y divulgada si es necesario para profundizar en la
comprensión del tema estudiado.

En caso de sentirse incómodo con alguna de las preguntas de los instrumentos de esta
investigación se reserva el derecho de suspender su diligenciamiento.

En constancia firmo

CC.

TI.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

identificada con cédula de ciudadanía N° _____, autorizo a la FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE, a la profesora MARIA AMARIS y a la Estudiante de la Maestría en Desarrollo Social – ERIKA PAOLA TOVAR VILLANUEVA, para utilizar la información suministrada por mí en el marco de la Investigación: *"Estudio Correlacional del Funcionamiento Familiar, el Afrontamiento Familiar, las Cogniciones Postraumáticas y la Salud Mental en Jóvenes afectados por el VIH"*.

La información suministrada por mí de carácter confidencial y podrá ser utilizada con fines de carácter académico y divulgada si es necesario para profundizar en la comprensión del tema estudiado.

En caso de sentirme incómoda con alguna de las preguntas de los instrumentos de esta investigación me reservo el derecho de suspender su diligenciamiento.

En constancia firmo

CC.

PAQUETE DE PRUEBAS

A continuación encontraras 4 cuestionarios que serán llenados para contribuir en el marco de la Investigación: *"Estudio Correlacional del Funcionamiento Familiar, el Afrontamiento Familiar, las Cogniciones Postraumáticas y la Salud Mental en jóvenes afectados e infectados por VIH "*, dentro de la investigación desarrollada en el marco de la maestría en *Desarrollo Social de la Universidad del Norte – Barranquilla*.

Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y contesta con sinceridad, marcando una equis (X), en cualquier momento puedes pedirle a los encuestadores que te aclaren cualquier inquietud que se te presente.

Agradecemos tu apoyo al responder esta encuesta.

Sexo: ____Femenino____ Edad: ____20____

Escolaridad: ____Universitario____

Escalas de Bienestar Social, Subjetivo y Psicológico

A continuación le presentamos una serie de preguntas a través de las cuales buscamos conocer su opinión sobre diversas situaciones y sobre usted mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Toda la información contenida en este cuestionario es confidencial.

Por favor, conteste en primer lugar los siguientes datos:

Escala de Bienestar Social de Keyes

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalment e de Acuerdo 1	2	3	Neutr o 4	5	6	Totalmente en desacuerdo 7				
1. Para mí el progreso social es algo que no existe.					1	2	3	4	5	6	7
2. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.					1	2	3	4	5	6	7
3. Creo que la gente no es de fiar.					1	2	3	4	5	6	7
4. Creo que la gente me valora como persona.					1	2	3	4	5	6	7
5. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.					1	2	3	4	5	6	7
6. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.					1	2	3	4	5	6	7
7. No entiendo lo que está pasando en el mundo.					1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.					1	2	3	4	5	6	7
9. El mundo es demasiado complejo para mí.					1	2	3	4	5	6	7

10. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5	6	7
11. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5	6	7
12. Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5	6	7
13. No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5	6	7
15. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5	6	7
18. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	1	2	3	4	5	6	7
19. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6	7
22. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5	6	7
24. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5	6	7

25. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Escala de Bienestar Subjetivo de Diener

<i>Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente de Acuerdo 1	Parcialmente de Acuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente en Desacuerdo 4	Totalmente en Desacuerdo 5
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.	1	2	3	4	5

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente en desacuerdo 1	2	3	Neutro 4	5	Totalmente de Acuerdo 6
--	----------------------------	---	---	----------	---	-------------------------

1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6

10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos que pudo haber tenido después de la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado. A continuación se encuentran una serie de afirmaciones que podrían ser representativas de lo que ha podido pensar en ese momento. Por favor lea cuidadosamente cada afirmación y díganos si está de acuerdo o no con ella. La gente reacciona a eventos traumáticos de diferentes formas y, por tanto, las siguientes afirmaciones no tienen respuestas correctas o incorrectas.

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente			Neutro			Totalmente
	en	2	3	4	5	6	de
	desacuerdo						Acuerdo 7
	1						

1. Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar	1	2	3	4	5	6	7
2. No puedo confiar en que haré lo que debo	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil	1	2	3	4	5	6	7
4. No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles.	1	2	3	4	5	6	7
5. No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo	1	2	3	4	5	6	7

9. Me siento muerto por dentro	1	2	3	4	5	6	7
10. Nunca puedes saber quién te hará daño	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que estar siempre alerta porque no sé lo que me puede ocurrir	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento una persona incapaz	1	2	3	4	5	6	7
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello	1	2	3	4	5	6	7
15. Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca volveré a sentir emociones normales	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso	1	2	3	4	5	6	7
19. Alguien tendría que haber evitado lo que sucedió	1	2	3	4	5	6	7
20. He cambiado para mal	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona	1	2	3	4	5	6	7
22. Cualquier otro hubiera evitado este suceso	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento aislado y al margen de los otros	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo evitar que me sucedan cosas malas	1	2	3	4	5	6	7

27. La gente no es lo que parece	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha quedado destrozada	1	2	3	4	5	6	7
29. Algo falla en mí como persona	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador	1	2	3	4	5	6	7
31. Hay algo dentro de mí que provocó el suceso	1	2	3	4	5	6	7
32. No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos	1	2	3	4	5	6	7
33. Siento como si ya no supiera quién soy	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca sabes cuándo pasará algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
36. Nada bueno puede pasarme en el futuro	1	2	3	4	5	6	7

TEST FACES III.

A continuación encontrará Ud.: una serie de situaciones propias de las familias, ente cada una de ella deberá marcar de la siguiente manera:

- 1: Si casi nunca esto sucede en su familia.
- 2: Si muy rara vez esto sucede en su familia.
- 3: Si está indecisa (o) o si son pocas las veces que esto sucede en su familia.
- 4: Si esto sucede con mucha frecuencia en su familia.
- 5: Si esto sucede casi siempre en su familia.

I. DESCRIBA COMO ES EN LA ACTUALIDAD SU FAMILIA.

1. Los miembros de mi familia nos pedimos ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de mi familia les agrada pasar el tiempo juntos.	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
13. En nuestra familia todos estamos presentes cuando compartimos actividades.	1	2	3	4	5

14. Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil identificar los líderes de mi familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familia es muy importante.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

II. DESCRIBA COMO LE GUSTARIA QUE FUERA SU FAMILIA.

1. Que los miembros de familia se pidieran mas ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se seguirían sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobaríamos los amigos que cada uno tuviera.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actuarían en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sentirían más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hiciéramos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gustaría pasar juntos su tiempo libre	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos discutieran juntos las sanciones.	1	2	3	4	5

11. Los miembros de la familia se sentirían más cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos tomarían las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando compartiéramos actividades, todos estuviéramos presentes.	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambiaran en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Se nos ocurrieran mas fácilmente cosas que pudiéramos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnáramos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultaran entre si sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Sabríamos quién o quiénes serían los líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar fuera muy importante.	1	2	3	4	5
20. Pudiéramos decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACION PERSONAL DEL FUNCIONAMIENTO

FAMILIAR EN SITUACIONES DE CRISIS - F- COPES

Hamilton I. Mc Cubbin, David H. Olson, Andrea S. Larsen

INSTRUCCIONES:Primero, lea la lista de “Escogencia de Respuestas”, una a una.

Luego decida qué tan bien, cada frase describe sus actitudes y conductas en respuesta a problemas y dificultades. Si la frase describe muy bien

CUANDO EN NUESTRA FAMILIA ENFRENTAMOS PROBLEMAS O DIFICULTADES, NOSOTROS RESPONDEMOS	ESCOGENCIA DE RESPUESTAS				
	Desacuerdo Totalmente	Desacuerdo	Ni en Desacuerdo	Acuerdo Marcado	Acuerdo
1. Compartiendo nuestras dificultades con los parientes	1	2	3	4	5
2. Buscando estímulo y apoyo en amigos	1	2	3	4	5
3. Sabiendo que nosotros tenemos el poder para resolver problemas importantes	1	2	3	4	5
4. Buscando información y consejo de personas que han enfrentado problemas iguales o parecidos	1	2	3	4	5
5. Buscando consejo en los parientes (abuelos, tíos, etc.)	1	2	3	4	5
6. Buscando asistencia en servicios y	1	2	3	4	5

programas comunitarios, diseñados para ayudar a familias en nuestra situación					
7. Sabiendo que dentro de nuestra propia familia tenemos la fortaleza para resolver nuestros propios problemas	1	2	3	4	5
8. Recibiendo regalos y favores de los vecinos (comidas que hagan diligencias, etc.)	1	2	3	4	5
9. Buscando información y consejo del médico de la familia	1	2	3	4	5
10. Pidiendo a los vecinos ayuda y favores	1	2	3	4	5
11. Enfrentando los problemas “con la cabeza” y tratado de encontrar soluciones inmediatamente”	1	2	3	4	5
12. Viendo televisión	1	2	3	4	5
13. Demostrando que somos fuertes	1	2	3	4	5
14. Asistiendo a los servicios de la iglesia	1	2	3	4	5
15. Aceptando los eventos estresantes como parte de la vida	1	2	3	4	5
16. Compartiendo las preocupaciones con amigos cercanos.	1	2	3	4	5
17. Viendo en los juegos de suerte un recurso importante para resolver nuestros problemas	1	2	3	4	5

familiares.					
18. Aceptando que las dificultades aparece en forma inesperada.	1	2	3	4	5
19. Compartiendo actividades con parientes (salir juntos, come, etc.)	1	2	3	4	5
20. Buscando consejo profesional y ayuda para las dificultades familiares.	1	2	3	4	5
21. Creyendo que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
22. Participando en las actividades de la iglesia.	1	2	3	4	5
23. Definiendo el problema familiar en una forma más positiva, de modo que no nos sintamos demasiado desalentados.	1	2	3	4	5
24. Preguntándole a los parientes cómo se sienten ellos con los problemas que nosotros enfrentamos.	1	2	3	4	5
25. Sintiendo que, sin importar lo que hagamos para estar preparados, siempre tendremos dificultad para afrontar los problemas.	1	2	3	4	5
26. Buscando consejo de un sacerdote (o	1	2	3	4	5

religioso/a).					
27. Creyendo que si esperamos lo suficiente, el problema desaparecerá por sí solo.	1	2	3	4	5
28. Compartiendo los problemas con los vecinos.	1	2	3	4	5
29. Teniendo fe en Dios.	1	2	3	4	5

HIPÓTESIS NULA

Hipótesis genera

No existen correlación entre el Funcionamiento Familiar, el Afrontamiento Familiar, las Cogniciones Irracionales Postraumáticas y la Salud Mental (Bienestar Psicológico, Subjetivo y Social) jóvenes afectados por el VIH y/o Sida.

Hipótesis Específicas

H0₁: No existe correlación entre las dimensiones del Funcionamiento familiar Cohesión y Adaptabilidad y las dimensiones del Afrontamiento familiar Obtención de Apoyo Social, Búsqueda de Apoyo Espiritual, Movilización Familiar, Evaluación Pasiva y Reestructuración.

H0₂: No existe correlación entre las dimensiones del Funcionamiento familiar Cohesión y Adaptabilidad y las dimensiones de las Cogniciones Irracionales Postraumáticas Creencias Negativas del Yo, Creencias Negativas del Mundo y Autocastigo.

H0₃: No existe correlación entre las dimensiones del Afrontamiento familiar Obtención de Apoyo Social, Búsqueda de Apoyo Espiritual, Movilización Familiar, Evaluación Pasiva y Reestructuración y las dimensiones las Cogniciones Irracionales Postraumáticas Creencias Negativas del Yo, Creencias Negativas del Mundo y Autocastigo.

H0₄: No existe correlación entre las dimensiones del Funcionamiento familiar Cohesión y Adaptabilidad y las dimensiones de Salud Mental: Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social.

H0₅: No existe correlación entre las dimensiones de las Cogniciones Irracionales Postraumáticas Creencias Negativas del Yo, Creencias Negativas del Mundo y Autocastigo y las dimensiones de Salud Mental: Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social